ديناميات الجماعة المرضية

الأستاذ الدكتـــور
مدحت عبدالحميد أبوزيد
أستاذ علم النفس
كلية الآداب - جامعة الاسكندرية
معالج نفسي مرخص





الأستاذ الدكتور

مدحت عبد الحميد أبوزيد

أستاذ علم النفس بكلية الآداب

جامعة الإسكندرية

معالج نفسي مرخص

الطبعة الاولى

٢٠١١



عدد الصفحات :- ٣٢٠

المؤلف: د.مدحت عبد الحميد ابو زيد

عنوان الكتاب : ديناميات الجماعة المرضية

رقم الايداع :-

حقوق النشر والتوزيع

٢٠١١ م



الاداره :- ٣٦ ش سوتير - الازريطة - أمام كلية الحقوق – جامعة الاسكندرية – جمهورية مصر العربيه

تليفاكس :- ٠٠٢٠٣٤٨٧٠١٦٣

محمول :- ٠٠٢٠١٢١٦٦٦٩١٣

الفرع الثاني :- ٣٨٧ ش قنال السويس – الشاطبي – الاسكندريه

Email: -
darelmaarefa@gmail.com,d_maarefa@yahoo.com
Web site: - www.darelmaarefa.com



وَلَوْ شَاءَ ٱللَّهُ لَجَمَعَهُمْ عَلَى ٱلْهُدَىٰ

صدق الله العظيم

(الانعام : ٣٥)

قائمة المحتويات

مقدمة

يسرني ان اقدم للقارىء العربي الكريم كتاب : ديناميات الجماعة المرضية في طبعته الاولى ، والذى يعرض لموضوعات ستة فى فصول ستة هى : ديناميات بناء الجماعة المرضية و العلاجية ، و ديناميات الجماعة خلال الجلسات التدخلية ، و ديناميات مهارات الجماعة : منظومة المهارات الاجتماعية وتصنيفاتها وهى عبارة عن وجهة نظر مقترحة ، و ديناميات المجتمعات العلاجية ، و ديناميات المحيط العلاجي ، و ديناميات تدعيم الجماعة.

ونأمل ان يفيد منه القارىء والمتخصص والمرشد والمعالج والاكلينيكى فى المجالات النفسية والسيكاترية والاجتماعية

والله من وراء القصد وهو يهدى السبيل

المؤلف

الفصل الأول

ديناميات بناء الجماعة المرضية و العلاجية

Structure Dynamics of Pathological & Therapeutic Group

أولاً : مفهوم ديناميات الجماعة

ثانياً : الاختيار الأولي (المبدئي).

ثالثاً : الإعداد لمرحلة ما قبل التدخل

رابعاً : الانتقاء التقويمي النهائي.

خامساً : تعليق.

الفصل الاول

ديناميات بناء الجماعة المرضية و العلاجية

Structure Dynamics of Pathological & Therapeutic Group

أولاً : مفهوم ديناميات الجماعة:

تعد ديناميات الجماعة أحد فروع علم النفس الاجتماعي، وموضوعها هو الدراسة العلمية للجماعات الصغيرة وحتى الكبيرة نسبيا، من حيث تكوينها، ونموها، وتطورها ، ونشاطها وانتاجها، وأدائها لوظائفها المختلفة،وتفاعلاتها المختلفة توصلا للقوانين العلمية التي تنظم هذه الجوانب، وما يرتبط بها من متعلقات. و تنسب إلى " كيرت ليفين " فهو رائدمن الرواد الذين تناولوا هذا المصطلح . ولقد استعير المفهوم من المجال الفيزيائي ، والذي يقصد به مختلف العلاقات التي تكون بين القوى والحركات الناتجة عنها ، ويدل المصطلح على القوة والحركة والحيوية ونقيضه الثبات والسكون وتعني في المجال النفسى لاجتماعى مختلف القوى الإيجابية والسلبية التي تتحكم في الجماعة وتساعدها على التوازن و التطور والاندماج أو الانكماش والتشتت والتناحر. كما أنها عبارة عن التفاعلات البنيوية الوظيفية التي تتحكم في نسق الجماعة، إذ ان كل تغيير يمس عنصرا فرديا داخل شبكة الجماعة ونسقها البنيوي فإنه يؤثر على باقي العناصر الأخرى إما سلبا او إيجابا. بالتالي، الدينامية هي التفاعل النفسي والاجتماعي الذي يدور باستمرار داخل الجماعة بين أعضائها بشكل بنيوي ووظيفي. وبتعبير آخر، هى عبارة عن مثيرات واستجابات بالمفهوم السلوكي للتفاعل داخل الجماعة- اما بالنسبة للجماعة المرضية والعلاجية فى بنائها فقد لا نغالي إذ نعتقد أن نجاح أي جماعة علاجية يتوقف - بقدر كبير - على مدى الدقة، والحيطة التي روعيت وفقاً للمتغيرات الاتية : الاختيار، والإعداد، والانتقاء التقويمي، وحيث أن المقدمات تؤدي إلى النتائج، فإنه من الضروري اتباع الأسس العامة في الاختيار، والانتقاء، وتكوين الجماعة، وبنائها وفقاً للمحكات المرعية، ثم إعداد الجماعة إعداداً مناسباً، وكافياً لعملية العلاج حتى يمكن تحقيق أكبر عائد من النجاح لأكبر عدد من أعضاء

الجماعة العلاجية، وعلى قدر الجهد المبذول منذ البداية تأتي النتائج المرجوة، ويثمر العلاج، وتحقق الفائدة المنشودة.

ثانياً :بناء الجماعة المرضية والعلاجية وفقا للاختيار الأولي: *Primary Choice*

- ❖ الاختيار العشوائي
- ❖ التطوع
- ❖ اختيار الجماعة
- ❖ اختيار المعالج
- ❖ الإحالة

١- الاختيار العشوائي *Random Choice*

في كثير من الأحيان يؤدي الاختيار العشوائي لأعضاء الجماعة العلاجية إلى نتائج عشوائية أيضاً Random outcome، وقد يؤدي إلى فشل المجموعة، وعدم تحقيق الأهداف العلاجية المرجوة، وقد يؤدي شعور الجماعة بالفشل إلى تعميم خبرة الفشل هذه على أية موقف علاجي آخر، وعلى أية شكل من أشكال الانضمام إلى جماعة علاجية أخرى، فيبدأ الأفراد في تحاشي الدخول ضمن تشكيل أي جماعة أخرى تجنباً لخبرة فشل ثانية، وقد يؤدي هذا إلى إلحاق الأذى ببعض الأفراد فتحدث بعض المضاعفات الإكلينيكية التي كان يمكن تجنبها بمراعاة الدقة في الاختيار، وقد يفضل بعض المعالجين هذا الأسلوب في الاختيار من قبل تنويع خبرة التفاعل بين أعضاء الجماعة.. ولكن الأمر قد يكون محفوفا بالمخاطر إذا كانت المجموعة متنافرة إلى حد بعيد.

٢- التطوع *Voluntary*

قد يقوم بعض المرضى بالتطوع للدخول ضمن تشكيل جماعة علاجية، خاصة في حالات المرضى الخارجيين Out Patients في أقسام العيادات الخارجية Out Patient Department أو العيادات الخاصة Private Clinics، أو المتشفيات التي تسمح بتطوع المرضى للعلاج دون تدخل من قبل القائمين على البرنامج العلاجي. ويوجد كثير من المعالجين يفضلون تكوين الجماعة من مجموعة من المتطوعين حيث تتوفر الدافعية الكافية للعلاج. ويوحد فريق آخر من جمهور المعالجين لا يعول العملية العلاجية على عامل التطوع فقط. وعموماً فالأمر مرهون للمعالج فهو وحده الذي يدري عن قسمات بناء

الجماعة التي يرمي إلى تكوينها، وهو وحده المسئول عن مساعدة تلك الجماعة لتحقيق أهدافها العلاجية.. لذلك فهو صاحب القرار بالاشتراك مع الفريق المعالج.

٣- **اختيار الجماعة** *Group Choice*

قد تقوم الجماعة بنفسها باختيار أفرادها، أو قد ينضم عضو للجماعة بناء على اختيارها، وقد تساهم الجماعة في عملية الاختيار بتقديم المعلومات عن بعض العملاء الذين يمكن إدراجهم ضمن تشكيل الجماعة. ويوجد من يستحسن هذا الأسلوب تحقيقاً لمبدأ الموافقة على عضوية الفرد من قبل الجماعة، ورضاها عنه، ويمكن للمعالج أن يشرك جماعته في عملية الاختيار من قبل بث الثقة في الجماعة، ويسند المعالج دوراً مهماً لها فهي ليست مجرد جماعة مكونة من عدد من الأفراد بل تصبح جماعة مختارة قام كل فرد فيها باختيار الآخر وفقاً لمعايير كثيرة منها الصداقة، أو الألفة، أو المكانة السوسيومترية، أو الارتياح الشخصي. وعلى المعالج أن يتحقق من تبرير اختيار الجماعة لأفرادها لأن هذا قد يكون لأغراض غير علاجية أخرى.

٤- **اختيار المعالج** *Therapist Choice*

في كل أحوال الاختيار يساهم المعالج بدوره، ويدلي بدلوه في هذا الاختيار الذي سوف يسفر في النهاية عن تكوين الجماعة التي سوف يتعامل معها، فلابد أن تكون له وجهة نظر محددة في هذا الشأن، ولابد أن تكون في رأسه أفكاراً معينة، وأبعاداً معينة، وتصورات معينة، وهو في النهاية يكون ملتزماً بمحكات محددة لابد أن يراعيها في اختياره، وانتقائه لأفراد جماعته، ولأنه سوف يصبح مسئولاً فيما بعد عن تلك الجماعة، ومسئولاً عن تماسكها، وتطورها، ونضجها، ومسئولاً عن مساعدتها على تلمس سبل التشافي.

وبعض المعالجين يهتمون في اختيارهم للمرضى والعلاج على أساس نمط العلاج هل هو دينامي أم سلوكي أم ماذا وهكذا، وبعضهم الآخر يهتم بأساس الفورمات أي هل سيكون العلاج بشكل فردي أم جماعي، والأساس التكاملي في الاختيار هو الأفضل أي الجمع بين النمط والفورمات والاستعانة بالاختبارات التي تكشف عن ذلك في مرحلة ما قبل العلاج فضلاً عن دافعية المريض ذاته لتلقي العلاج بل وتخصص المعالج.

(Power, 1985)

٥ - **الإحالة** *Referral*

تختلف ظروف الإحالة وفقا لنوع المؤسسة العلاجية ووفقا لنوع البرنامج العلاجي الذي تتبناه تلك المؤسسة. ففي بعض الأحيان تأتي الإحالة من غير متخصص (نفسي) مثل الإحالات التي تأتي عن طريق الطبيب الباطني Internist، أو أخصائي الأعصاب Neurologist وفي بعض الأحيان تأتي الإحالة إلى الطبيب النفسي المقيم Psychiatric Resident أو تأتي مباشرة إلى أخصائي الطب النفسي Psychiatric Specialist أو تأتي إلى استشاري الطب النفس Psychiatric Consultant والذي يقوم بدوره بتقويم الحالة، وإعادة إحالتها إلى أخصائي العلاج النفسي Psychotherapist الذي يقوم بدوره بتقويم الحالة، أو قد تكون الإحالة من الفريق المعالج إلى أحد أفراد هذا الفريق المتخصص في العلاج، أو إحالته إلى عيادة أخرى، أو مستشفى آخر. أو أن تأتي الإحالة من مستشفى آخر وهكذا.

وقد تكون الإحالة عن طريق التوصية Recommendation أي أن يوصي الطبيب بإحالة شخص ما للعلاج الجماعي نظرا لعدة أسباب، ثم يذكرها في توصيته. وعادة تأتي الإحالة عن طريق الأمر الطبي Physician Order مشفوعاً بالتبريرات الإكلينيكية التي تستوجب إحالة المريض إلى العلاج الجماعي.

ويورد توماس جوثيل .Guthell, T.G (١٩٨٩) نقاطا خمس يجب مراعاتها في ظروف الإحالة هي:

أ- خطاب الإحالة.

ب- مكان الإحالة.

جـ- متابعة إحالة الحالة. وتدعيمها.

د- التواصل بين مصدر الإحالة، والجهة المرسل إليها الحالة

هـ- تعدد الجهات التي يمكن الإحالة إليها (Guthell, 1989, P. 2116)

أ **خطاب الإحالة** *Referral Letter*

العميل المحول من جهة علاجية إلى هيئة علاجية أخرى لابد أن يكون معه خطاب إحالة من جهة ما Referral Source ولابد لهذا الخطاب أن يكون واضحا، دقيقا،

محدداً معتمداً، وموثقاً ولا يمكن أن يكون مجرد ورقة تحتوي على اسم الهيئة وعنوانها، أو بيانات ضحلة عن العميل، ويستحسن في أغلب الأحيان أن يرفق مع خطاب التحويل الأوراق المهمة في ملف العميل، والتي توضح حالته بدقة حتى تنير الطريق أمام الجهة المستقبلة للتعامل مع الحالة.

ب- مكان الإحالة ... *Referral To*

مكان الإحالة هي الجهة المستقبلة للعميل.. حيث لابد أن يكون عنوان هذا المكان واضحاً، ومعروفاً للعميل، وألا يكون بعيداً جداً في المسافة عن العميل لأن هذا من شأنه أن يقلل من دافعية العميل للتعامل مع هذه الجهة، وأن يتناسب هذا المكان مع الظروف المعيشية للعميل مثل حالته الاجتماعية، وظروفه المالية، والثقافيه، وهكذا، أو أن يرافق العميل أحد أفراد الطاقم الطبي حتى يسلم الحالة إلى حهة الاختصاص.

جـ- متابعة إحالة الحالة وتدعيمها: *Follow & Support of the Referral Case*

على الجهة المصدرة للحالة أو المحولة للحالة أن تدرك أن احالة أية عميل لجهة أخرى يستلزم التخابر مع هذه الجهة المستقبلة للحالة أولاً، وتعلمها بقدوم حالة إليها. وتعمل على متابعة الموقف، وتدعيم الحالة، والسؤال عنها بصفة مستمرة لأن هذا يعطي انطباعا للجهة المستقبلة عن أهمية الحالة، ويترك انطباعاً حسناً في وجدان العميل بأنه شخص محل تقدير، واهتمام من قبل الجهة التي أرسلته، والجهة التي استقبلته.. وهذا عامل ذو تأثير حثيث في العملية العلاجية.

د- التواصل بين مصدر الإحالة والجهة المرسل إليها الحالة *Communications*

في الحقيقة لا تنتهي مهمة الجهة المحولة للحالة بمجرد إحالة العميل الى جهة أخرى. بل لابد أن تتواصل الجهتان، أو الهيئتان معاً وباستمرار بغرض متابعة الحالة، ومدى استجابتها، وتطورها.

هـ- تعدد الجهات التي يمكن الإحالة إليها *Multi Directive Referral*

أحياناً يكون من المستحسن أن تعطي الجهة المحولة للعميل عدة جهات أخرى، أو هيئات آخرى، أو مؤسسات أخرى.. حتى يكون للعميل فرصة اختيار الأنسب. والافضل له، أو عندما تقتضي الصرورة ذلك.هذا وجدير بالذكر أنه قد يحدث أحيانا أن تكون الإحالة المبدئية عن طريق مقر العمل، أو الشرطة، أو غير ذلك من الجهات المتعددة.

مما سبق يتضح لنا أن عملية الاختيار الأولي، أو المبدئي تتعدد مصادرها وتتنوع منابعها لكي تصب في النهاية في نهر المعالج.. الذي يشرع في عملية الإعداد لمرحلة ما قبل العلاج الجماعي.

ثالثاً: الإعداد لمرحلة ما قبل التدخل الجماعي: *Pre – grouping Preparation*

أ- التعريف: *Definition*

أنها تعني ببساطة تهيئة الأفراد غير المستعدين لتلقي العلاج النفسي الجماعي لأن يصبحوا أكثر استعداداً لتلقي العلاج، وأكثر إلماماً بما سوف يحدث، وأكثر ترحيباً بالعلاج، وتعد عملية الإعداد عملية معرفية Cognitive من الرتبة الأولى، وتزيد من حسن توجه الأفراد نحو العلاج ونحو الجماعة العلاجية Well – orientation. ويرى سكوجين وآخرون (١٩٩٦) أن التهيؤ للعلاج وإعداد المريض له قد يكون الفيصل في نجاح أو فشل كثير من العلاجات. (Scogin, *et. al.,* 1996).

ب- المنطق *Rationale*

لا يمكن تصور إجراء أي عملية علاجية دون إعداد مسبق، ولا يمكن تصور نجاحها أيضاً دون إعداد مسبق. ويتوقف النجاح النهائي للعملية العلاجية على مدى نجاح الإعداد المسبق. ويصدق هذا المنطق أيضاً على العمليات الجراحية Surgical Operations حيث يجب إعداد المريض مسبقاً قبل إجراء العملية الجراحية له، وهذا الإعداد مثل عمل الفحوصات الإكلينيكية اللازمة مثل المؤشرات الحيوية Vital Signs، والتحاليل اللازمة، والأشعة، والقياسات المختلفة، وقابلية تحمل التخدير، ونوعه، ثم تهيئة المريض نفسياً، وتدعيمه لتقبل العملية الجراحية، وتخفيف قلقه، وتهدئة روعه، وإن كان هذا يصدق على العمليات الجراحية التي يبدو دور المريض فيها سالباً فحرّى به أن يصدق على العلاج النفسي الجماعي الذي لابد للمريض أن يلعب فيه دوراً إيجابياً، وذي مغزى. ويقرر كوفمان Kaufman, E. (١٩٧٨)، إن الإعداد للعلاج الجماعي خطوة أولية، مهمة، وضرورية. (Kaufman, 1978).

جـ - الأهداف *Goals*

١- العمل على تكوين تحالف Alliance علاجي بين أفراد الجماعة.

٢- إنقاص التسرب العلاجي، أو الهدر العلاجي أو الفاقد العلاجي Drop outs.

٣- تصحيح المفاهيم الخاطئة Misconceptions، والتوقعات السالبة عن العلاج.

٤- زيادة تماسك Cohesiveness الجماعة.

٥- تسهيل نمو الجماعة، وتطورها، وارتقائها.

٦- المساعدة في طرح المشكلات لتبدأ الجماعة في القيام بمهامها العلاجية.

٧- توفير شرح وآف كاف للجماعة عن عمليات العلاج النفسي الجماعي.

٨- وصف أنماط السلوك المقبولة داخل الجماعة العلاجية.

٩- زيادة التوقعات الإيجابية عن مدى تأثير العلاج الجماعي، وفاعليته.

١٠- التنبؤ المبكر بالمشكلات والحد من تأثيراتها.

(Vinogradov & Yalom, 1989, P. 49)

١١- إعداد الجماعة لتحمل جلسات العلاج الجماعي.

١٢- تمكين أفراد الجماعة من تفهم المهام العلاجية Therapeutic Tasks.

١٣- زيادة اهتمام المرضى بالعلاج الجماعي.

١٤- شحذ دافعية المرضى للانخراط في العلاج الجماعي.

١٥- مساعدة العملاء لتقبل مفهوم العلاج الجماعي، ومنطقه، وفلسفته.

١٦- زيادة توجه الجماعة العلاجية نحو أهدافها.

١٧- تبصر الأفراد بالموجهات الصحيحة التي يمكن بها الاستفادة التامة من العلاج الجماعي.

١٨- تبديد مخاوف الجماعة، وتخفيف قلقها فيما يتعلق بالعلاج الجماعي.

١٩- مساعدة الجماعة لتصبح أكثر استعداداً، وأكثر تناسباً للعلاج الجماعي.

٢٠- تقديم البناء المعرفي للعلاج للجماعة لمساعدتها لكي تشارك بفاعلية أكثر منذ بداية العلاج.

٢١- زيادة ألفة الجماعة بالعلاج، وبأفرادها.

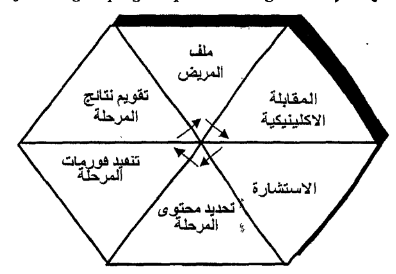
٢٢- زيادة مساحة التعارف، وتضييق الفجوة بين المعالج وأعضاء الجماعة العلاجية.

٢٣- تغيير الاتجاهات السالبة وغير المرضية نحو العلاج الجماعي.

٢٤- زيادة جودة التوظيف الجماعي للعلاج، وتحسينه.

٢٥- المساعدة في إحراز الترقي Promotion الانفعالي، والاجتماعي داخل الجماعة.

د- **مكونات مرحلة الإعداد:** *Components of Pre – grouping Preparation Stage*



شكل رقم (١) يوضح مسدس عملية الاعداد لمرحلة ماقبل العلاج الجماعي (تصور مقترح)

يتضح من الشكل السابق الذي يقترحه المؤلف أن لعملية الإعداد لمرحلة ما قبل العلاج الجماعي مكونات ستة، أو خطوات ست أساسية يجب مراعاتها والالتزام بها حتى يمكن لعملية الإعداد أن تؤتي ثمرها.

(١) **ملف المريض** *Patient's File or Chart*

يعد ملف المريض هو الوسيلة الموثقة للاتصال بين أعضاء الفريق المعالج في أي جهة يتعامل معها المريض، وهو أحد مصادر المعلومات المتعلقة بالمريض، ويحتوي على بيانات متباينة، ومتنوعة مثل المعلومات المتعلقة بالجانب الطبي، والجانب النفسي، والجانب الاجتماعي، والجانب الجنسي، وعادة ما يكون به تاريخ المريض السيكاتري، ومعاناته السابقة، والحالية، ومشكلاته الراهنة، والأدوية، والعقاقير التي كان يتناولها، أو التي مازال يتناولها، والتشخيص الإكلينيكي له، وتقارير متابعة الحالة منذ بداية التعامل معها، ووصف حالته الراهنة، وغير ذلك من المعلومات التي تعد حجر الزاوية في العملية العلاجية.

لذلك على المعالج أن يقرأ ملفات الجماعة العلاجية قراءة متفحصة، ويطلع على تقارير كل أفراد الفريق المعالج، ويدوّن ملاحظاته بهذا الشأن. وعليه أن يتأكد من أن كل فرد من أفراد جماعته قد أصبح له تشخيصاً إكلينيكياً دقيقاً في ملفه، ويصبح هذا التشخيص متفق عليه. كذلك الحال لابد في كثير من الأحيان الاستعانة بأسرة المريض لاستيفاء بعض البيانات التي قد يراها المعالج مهمة، وإن أمكن الاستعانة بأصدقاء المريض، أو حتى زملائه في العمل (حسب الحالة).

(٢) **المقابلة الإكلينيكية** *Clinical Interview*

في هذه المرحلة يفضل أن تكون المقابلة الإكلينيكية فردية أي مقابلة كل مريض على حدة، وسوف نلجأ إلى المقابلة الجماعية في مرحلة تنفيذ برنامج الإعداد. وتهدف المقابلة الإكلينيكية الفردية إلى:

أ- التأكيد على تشخيص الحالة.

ب- استيفاء بعض البيانات المهمة، والتي قد تكون غير واردة بالملف.

ج- تطبيق بعض المقاييس النفسية على المريض لاستكمال وضوح الصفحة النفسية. مثل:

- مقياس وكسلر للذكاء.
- اختبار الشخصية متعددة الأوجه.
- اختيار تفهم الموضوع.
- اختيار الرورشاخ لبقع الحبر.
- قائمة الحاجات النفسية.

- قائمة مراجعة الأعراض الـ ٩٠.
- استخبار إيزنك للشخصية.
- قائمة بيك للاكتئاب.
- قائمة مراجعة حصر المشكلات.
- اختبار تنسي لمفهوم الذات.
- اختبارات أخرى.

وبالقطع، ليس من الضروري استخدام هذه المقاييس بعينها، ويمكن استبدالها بمقاييس أخرى، شريطة أن يحصل المعالج في النهاية على بروفيل واضح لشخصية المريض، ونسبة ذكائه، وتصور عن صراعاته، وديناميات شخصيته، وأن يتعرف المعالج على احتياجات المريض.. فلا علاج دون معرفة ماذا يحتاج المريض. ومن الجدير بالذكر أن نتائج تطبيق مثل هذه الاختبارات والمقاييس سوف تساعد المعالج كثيراً في مهمة الانتقاء التقويمي النهائي لبناء جماعته العلاجية.

د- كذلك تهدف المقابلة الإكلينيكية الفردية الإجابة عن بعض التساؤلات مثل:

- لماذا يبحث المريض عن العلاج الآن؟ وما هي احتياجاته الآن؟
- هل سبق للمريض تلقي العلاج من قبل؟ وفي حالة الإجابة. بنعم.. ما هي تلك العلاجات ومناهجها، وماذا استفاد منها المريض، وما هي انطباعاته عنها؟.
- هل يدرك المريض العلاقة بين المعالج، والمريض عموماً؟.
- ما هي توقعات المريض من العلاج؟
- ما هي الخبرات الخاصة للمريض في هذا الشأن؟
- هل تعد توقعات المريض واقعية أم خيالية؟
- ما هي مستويات دافعية المريض للعلاج؟
- ما هو التصور المبدئي عن المناهج العلاجية التي تصلح للحالة؟ إلى غير ذلك من التساؤلات. (Hollender & Ford, 1990, P. 19-38)

وقد يتطلب الأمر أحياناً ضرورة مقابلة أحد أقارب المريض لجمع معلومة أو تأكيدها أو ما شابه ذلك.

وتؤكد دراسة سوبيل مع آخرين (١٩٩٧) أهمية قبول المعلومات عن المريض من الأشخاص ذوي الثقة في معلوماتهم تلك. (Sobell, *et. al.*, 1997).

(٣) **الاستشارة** *Consultation*

بعد الانتهاء من عمليتي الاطلاع على ملف المرضى،وعقد المقابلات الإكلينيكية يستحسن أن يقوم المعالج بعرض كُلّ ما تَوصل إليه من بيانات ومعلومات عن مرضاه على الفريق المعالج للتشاور والاستشارة.. حتى يمكن وضع النقط على الحروف، ومضاهاة تصورات أعضاء الفريق المعالج بالبيانات الإكلينيكية المكتشفة والتي استجدت من واقع المقابلات الإكلينيكية. وفي النهاية يصبح الطريق ممهداً أمام اتخاذ تدابير تحديد البرنامج العلاجي المناسب.

ومن الدراسات التي أوضحت أهمية الاستشارة السيكاترية في العلاج النفسي فردياً كان أم جماعياً – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- دراسة فاندريك وآخرون (٢٠٠١) (Fahndrich, *et. al.*, 2001).
- دراسة باتين وآخرون (٢٠٠١) (Patten, *et. al.*, 2001).

(٤) **تحديد برنامج مرحلة الإعداد** *Preparation Program*

يتم تحديد البرنامج الخاص بعملية الإعداد في ضوء المعطيات السابقة، وعلى المعالج الآن تحديده وفقاً للمتغيرات الآتية:

أ- حجم الجماعة المناسب.

ب- مدى تجانس الجماعة.

جـ- حجم الجلسات الإعدادية المناسب.

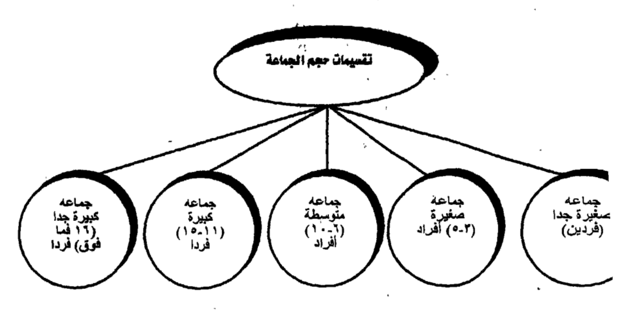
د- تصنيف مشكلات المرضى التي تم التعرف عليها من خلال المقابلات.

هـ- تحديد نوع العلاج الجماعي وأسلوبه للتعامل مع تصنيفات المشكلات.

و- النتائج السيكومترية.

ز- الإمكانات المتاحة.

أ- **حجم الجماعة المناسب** *Suitable Size Of The Group*



شكل رقم (٢) تقسيمات الجماعة العلاجية من حيث الحجم

وأياً كان حجم الجماعة.. فنوع العلاج يحدد حجم الجماعة اللائق والمناسب لتلقي العلاج، وعموماً فإن الجماعات الصغيرة، والمتوسطة الحجم تعد أفضل الجماعات وفقاً لمتغيرات التفاعل العلاجي. والاستفادة العلاجية وهذا ما يقرره فازولو. **Fasolo, F** (١٩٨٩) من أن الجماعات الصغيرة أو معقولة الحجم أفضل في العلاج **(Fasolo, 1989)**.

ب- **مدى تجانس الجماعة** *Homogeneity.*

تتلخص عنا

١- الجنس.

٢- العمر.

٣- المستوى الاجتماعي، الثقافي، والاقتصادي، والتعليمي.

٤- الذكاء والقدرات العقلية، والمعرفية، والذهنية.

٥- التشخيص الإكلينيكي، والأعراض السيكوباثولوجية.

٦- الخبرات العلاجية السابقة (سواء كانت علاجات فردية، أم جماعية سابقة).

٧- حدة الأعراض، وكثافتها، ومدى سفورها.

٨- نوع المشكلات، وتصنيفاتها.

٩- المعرفة السابقة لأعضاء الجماعة بعضهم ببعض.

١٠- التاريخ السيكاتري.

١١- السلالة، والجنسية، والأصل العرقي، والحضاري.

١٢- الديانة.

١٣- اللغة.

وعلى المعالج أن يقرر أن تكون جماعته متجانسة أم غير متجانسة، أم متوسطة التجانس. وهناك من يفضل أن تكون الجماعة غير متجانسة Heterogeneous بقدر الإمكان للتوصل إلى أقصى تفاعل ممكن حيث تختلف الفئات الإكلينيكية لأفراد الجماعة، وتختلف الأنماط السلوكية لهم. (Sadock, 1989, P. 1519)، ولكن يوجد من لا يحبذ فكرة عدم التجانس للأسباب الآتية:

١- الخوف من تنافر الجماعة.

٢- من المحتمل وجود ذهاني وسط مجموعة من العصابين وهذا من شأنه أن يؤذي ذلك الذهاني.

٣- اختلاف التفاعلات قد يؤدي إلى تشعبها بدرجة قد تفسد الجلسة العلاجية.

٤- اختلاف أنماط المعاناة قد يؤدي إلى الابتعاد عن التمركز الموحد للجماعة.

٥- اختلاف مقدار الاستفادة.

٦- اختلاف المزاج العام السائد لأفراد الجماعة.

٧- صعوبة وجود مشكلات مشتركة، وإن وجدت فقد تكون سطحية، أو أن تكون هناك مشكلات أخرى أحرى بالعلاج، وأجدى للمناقشة.

وعموماً فالأمر متروك للمعالج فله أن يكونها في ضوء رؤيته، وخبرته شريطة أن يكونها التكوين المناسب، والذي يتلاءم مع الأهداف العلاجية التي يريد تحقيقها. وإن كان المؤلف يجد في نفسه ميلاً نحو تكوين الجماعة بقدر متوسط من التجانس، والتغاير حيث لا

بأس بذلك لأن لاكيور .Lecuyer, J.C مع آخرين (١٩٨٦) قد توصلوا إلى أن للجماعات المتجانسة مزايا وعيوب. (Lecuyer, *et. al.*, 1986)

جـ- حجم جلسات الإعداد والتجهيز المناسب: ***Suitable Size of Preparation Sessions***

على المعالج أن يحدد حجم الجلسات المناسب الذي سوف تستغرقه عملية الإعداد، والحد الأدنى لهذه الجلسات هو جلستين على الأقل، والحد الأقصى خمس جلسات، وعليه أن يحدد توقيت كل جلسة، وليكنْ ساعة بحد أدنى لكل جلسة، ويمكن أن يزيدها وفقاً لمتغيراته، وأن يحدد مكان هذه الجلسات.

د- تصنيف مشكلات المرضى: ***Classification of Patients Problems***

تعد عملية تصنيف مشكلات المرضى من الخطوات المهمة، وذات المغزى في تحديد البرنامج، بل وفي نجاح العملية العلاجية كلها. فبناء على التصنيف الصحيح للمشكلات سوف يتم توزيع المرضى على أنواع العلاجات الجماعية المختلفة.. فإذا كان التصنيف خاطئاً فسوف يكون العلاج في غير محله، وسوف تحدث مضاعفات كان من الممكن تجنبها بتوخي الدقة في التصنيف، والتوزيع.

فإن كانت المشكلات الخاصة بالمريض زيد تتعلق بضعف القدرة على السيطرة على الذات، وضعف الضبط الذاتي، والاندفاعية، فسوف يتم توزيع هذا المريض على العلاج النفسي الجماعي بطريقة العلاج السلوكي المعرفي بأسلوب جماعة التحكم الذاتي أو الضبط الذاتي Self – control Group وإن كانت لدى المريض عمر مجموعة من المشكلات الاجتماعية، وسوء توافق اجتماعي، وإحباطات اجتماعية، وضعف القدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية، فسوف يتم توزيعه على العلاج النفسي الجماعي بطريقة العلاج السلوكي المعرفي الاجتماعي بأسلوب جماعة المهارات الاجتماعية Social Skills Group وهكذا.

فنوع المشكلة يحدد نمط العلاج.. والمعالج الماهر يلتقط بمهارة المشكلة الملحة، والعرض السافر ويضعه في محله المناسب من العلاج المناسب.

هـ - تحديد نوع العلاج، ونمطه، وطرازه، وأسلوبه، ومنهجه.

Determination of the Pattern of the Therapy

لابد للمعالج أن يلم بكافة أنواع العلاجات النفسية الجماعية التي زادت في الفترة الأخيرة باطراد ازدهار العلاج النفسي الجماعي، والتقدم الملحوظ الذي حظى به. وتقع على المعالج مسئولية اختيار نوع العلاج، وعليه أن يقدم تبريراته لاختيار نوع علاج معين وتفضيله عن نوع آخر، وما هي الأسس التي ارتكز عليها في اختياره للعلاج لحالة المريض؟ وظروفه، ومعاناته، وشكواه، وسفور أعراضه، وهل سوف يحيل المريض لنوع واحد من العلاج؟ أم نوعين من في آن واحد وفقاً لمشكلاته؟، وهل سيكون المريض تحت رعاية العلاج النفسي الجماعي فقط؟ أم سوف يأخذ جرعات أدوية أخرى Medications بجانب العلاج النفسي؟. وهكذا وعموماً لابد أن يتأكد المعالج من درايته الكافية بفنيات العلاج حتى يحدث تفاعلاً بين المعالج؟ ونمط العلاج نفسه. (Woody, *et. al.*, 1988)

الحقيقة التي لا مناص ولا مفر من الاعتراف بها أن العلاج النفسي - بشقيه الفردي والجماعي - يعد عملية متصلة، وثمة تكامل بين هذين الشقين، وهناك من المتغيرات والمشكلات التي يجب تناولها فردياً، كما أن هناك ما يجب تناوله في العلاجات الجمعية.. مثل مشكلة: المودة أو الألفة Intimacy يمكن تناولها مبدئياً في العلاج الفردي، ولكن يجب تناولها بشكل أساسي في العلاج الجماعي، وكذلك الحال لمشكلة الثقة في الآخرين، والاتصالية تجاه الآخرين Connectedness toward others، وكذلك الحال فيما يتعلق بالذات المبنية حديثاً Newly Established Self .. إلخ. .(Elbirlik, *et. al.*, 1994).

وتعد العلاجات الجماعية أجدى وأكثر فعالية في بعض الاضطرابات مقارنة بالعلاجات الفردية، ومن تلك الاضطرابات ما يتعلق بالإساءة الجنسية، والاغتصاب، وضحايا الهوس الجنسي، والآثار النفسية الناجمة عن الخبرات الجنسية السيئة الطفولية.

.(Goodwin & Talwar, 1989)

و- النتائج السيكومترية ***Psychometric Results***

تتحدد مرحلة الإعداد أيضاً بما تسفر عنه النتائج السيكومترية، فالصفحات النفسية للمرضى قد تختلف اختلافاً بيناً فإن اسفرت عن وجود مريض سيكوباتي فهل سوف يوضع

مع مريض يعاني من فرط الحساسية؟، أو هل سينضم إليهم مريض آخر شديد العدوانية؟، وهكذا.

كذلك تفيد النتائج السيكومترية في التعرف إلى شكاوي المرضى، ومشكلاتهم، ومعاناتهم، وصراعاتهم وإحباطاتهم، ومواطن الضعف والقصور والوهن في ذواتهم، وجوانب التشويه المعرفي لديهم، ودفاعتهم، وقدراتهم على مواجهة الضغوط، وتحمل الألم، وتحمل الغموض، وتباين إدراكاتهم، واستبصارهم بما يعانون من اضطرابات.. كذلك الحال بالنسبة للتعرف إلى حاجاتهم النفسية.

ولا يمكن أن تؤتي مرحلة الإعداد ثمارها دون معرفة المعالج بكل هذه المتغيرات التي سوف تفيده أيضاً في الانتقاء النهائي، وفي اختيار نوع العلاج، والتي سوف تفيده في المقارنة بين تلك المعطيات قبل العلاج وبين المعطيات التي سوف يحصل عليها بعد العلاج، فإن كانت الفروق بين الموقفين إيجابية، ودالة، وذات مغزى.. كان ذلك مؤشراً طيباً لنجاح العلاج.

ز- الإمكانات المتاحة: *Available Conditions*

تتحدد مرحلة الإعداد في ضوء الإمكانات المتاحة في المؤسسة العلاجية، فلا يصح أن نضع خطة طموحة جداً للعلاج ولا توجد أية إمكانات تساعد في تحقيق ذلك. وفي بعض الأحيان يواجه المعالج مثل هذا الموقف. أي يكون له مريضاً يعاني من مشكلات معينة تتطلب نوعاً من العلاج غير متوفر في المؤسسة العلاجية.. فسوف يجد المعالج نفسه أمام خياراً من ستة:

١- إحالة المريض إلى جهة علاجية أخرى إذا كانت الحالة تستوجب ذلك.

٢- محاولة خلق جماعة علاجية يمكن معها تطبيق هذا النوع من العلاج الجماعي.

٣- إحالة المريض إلى العلاج النفسي الفردي مؤقتاً.

٤- محاولة رعاية المريض طبياً بالعقاقير التي يمكن ان تجعله يتجاوز الأزمة.

٥- محاولة البحث عن مشكلات أخرى داخل المريض، ومحاولة علاجها بالأساليب المتاحة.

٦- عرض الأمر برمته على الفريق المعالج للاستشارة.

(٥) تنفيذ مرحلة الإعداد، والتجهيز للعلاج:

Implementation of Pre – grouping Preparation Stage

ويتم ذلك وفقاً للخطوات الآتية:

أ — مرحلة التدعيم الاجتماعي *Social Support*

وتهدف إلى تخفيف قلق الأفراد فيما يتعلق بالعلاج، وتدفئة العلاقة بين الأفراد، وزيادة معرفتهم بعضهم ببعضهم الآخر.

ب ـ مرحلة التلقين المعرفي *Cognitive Rehearsal*

وتهدف إلى تقديم شرح واف، وكاف، ومنطقي، وموجز، وواضح، وبسيط، وعياني، وتدعيمي عن المتغيرات الآتية:

١ – مفهوم العلاج النفسي الجماعي.

٢– أهداف العلاج بصفة عامة، وأهداف عملية الإعداد بصفة خاصة.

٣– الزمن المحدد لعملية الإعداد، والزمن المحدد الافتراضي لعملية العلاج نفسها.

٤– المكان الذي سوف تجرى به الجلسات، وزمن كل جلسة علاجية.

٥– حصر المفاهيم الخ... ة، والتوقعات السالبة، ومحاولة تصحيحها مبدئياً تلك التي تتعلق بالعلاج.

٦– قواعد الجلسة العلاجية، والمعايير المفترض اتباعها، والسلوكيات المقبولة.

٧– فكرة مبسطة عن الأدوار العلاجية لكل من المعالج والأفراد.

٨– فكرة مبسطة عن الأساليب العلاجية.. والطرق والمناهج.

٩– فكرة مبسطة عن المراحل العلاجية التي سوف يمر بها الأفراد خلال فترة العلاج.

١٠– محكات إنهاء الجلسات.. ومحكات إنهاء البرنامج العلاجي.

١١– التقويم والمتابعة.. وإجراءات كل منهما. (Washton, 1992, P. 513).

جـ ـ مرحلة المناقشة: *Discussion Stage*

وتهدف هذه المرحلة إلى مناقشة الأفراد فيما استمعوا إليه، والإجابة عن تساؤلاتهم، واستفساراتهم، والأمور التي عنّ عليهم فهمها، والحصول على تغذية مرتدة عن انطباعاتهم، وجمع مقترحاتهم بشأن العلاج، وعن الجماعة العلاجية. وهذا من شأنه أن يترك أثراً طيباً في نفوس الأفراد بأنهم يشتركون في العملية العلاجية بأنفسهم.

د- **التعاقد:** (*) *Contracting*

العقد شريعة المتعاقدين، والعقد يلزم أطرافه بمجموعة من الالتزامات لابد من مراعاتها، وقد يحتوي على بنود خاصة بتوقيع عقوبة ما يرتضيها الأطراف في حالة مخالفة التعليمات، أو الالتزامات. وأسلوب التعاقد في العلاج أسلوب حديث نسبياً تم إدخاله ضمن برامج العلاجات السلوكية. وقد يحتوي العقد على قائمة من الإثابات إذا ما قام أحد طرفي العقد بإنجاز مهمة معينة منصوص عليها في العقد، أو يتعرض لعقابات معينة إذا ما قام بعدة مخالفات منصوص عليها أيضاً في العقد (Derisi & Butz, 1975, P. 1-12) ويكون التعاقد مهماً في العلاجات السلوكية على وجه الخصوص.

وسوف نهتم الآن بصورة التعاقد العام، وسوف نرجئ عرض صورة التعاقد العلاجي المتخصص في الحديث عن العلاجات السلوكية والذي سوف يتم التنويه عنه في موضع آخر من هذا المؤلف.

أما فيما يتعلق بالتعاقد العلاجي العام فعادة ما يكون تعاقداً فردياً أو جماعياً، والتعاقد الفردي أي بين المعالج والمريض، والتعاقد الجماعي من الطرف الأول وهو المعالج، والطرف الثاني وهو الجماعة العلاجية.. وأبسط صورة لهذا التعاقد مثل:

"اتفق الطرفان الموقعان أدناه على أن يلتزم الطرف الثاني (مريض/ جماعة) بالبنود التالية:

١- الالتزام بحضور الجلسات العلاجية.

٢- الالتزام بالاستمرار في متابعة العلاج.

٣- احترام قواعد الجلسة العلاجية المتفق عليها.

٤- احترام آراء الجماعة العلاجية، والمحافظة على أسرارها.

٥- الالتزام بالزمن المحدد لكل جلسة.

٦- ألا ينهي الطرف الثاني العلاج بنفسه إلا بعد موافقة الطرف الأول (المعالج).

(*) التعاقد يكون لفظياً في بعض العلاجات، ويكون محررا وكتابياً في العلاجات السلوكية على وجه الخصوص.

ولقد ارتضى الطرفان هذه البنود، وأي إخلال بها من قبل الطرف الثاني يعرضه للعقاب المتفق عليه ضمنياً".

ويتم التوقيع على هذا العقد البسيط من قبل الطرفين، ويصبح ملزماً لكل منهما بمراعاة اتباع تعاليم العقد، وشروطه.

(٦) تقويم مرحلة الإعداد: *Evaluation*

يتم التقويم بهدف تقدير مستوى الاستفادة التي حصلها أفراد الجماعة، علاوة على تقدير مستوى الاستعداد للقيام بالمهمة العلاجية التي تلي سائر مراحل العلاج.

ويتم استخدام المقاييس الآتية في عملية التقويم.

١- مقياس الاتجاه نحو العلاج النفسي الجماعي.
٢- مقياس الاتجاه نحو الجماعة العلاجية.
٣- مقياس تقويم الاستعداد للعلاج النفسي الجماعي.
٤- مقياس المكانة السوسيومترية.
٥- مقياس التنبؤ بالسلوك في العلاج النفسي الجماعي.
٦- مقياس الاتجاه نحو المؤسسة العلاجية.
٧- مقياس التوجه نحو الدور العلاجي.

ويمكن الاستعانة بمقاييس أخرى وفقاً لرؤية المعالج، ووجهة نظره، وشكوكه، وملاحظاته، وما يدور بخلده عن جماعته العلاجية.

ووفقاً للنتائج السيكومترية لهذه المقاييس التقويمية يتم تقويم الأفراد، ومدى الاستفادة من مرحلة الإعداد، ويصبح على المعالج القيام بعملية الانتقاء النهائي، وتكوين بنية جماعته في صورتها الأخيرة.

رابعاً: الانتقاء التقويمي النهائي: *Final Evaluative Selection*

هذه هي المرحلة الأخيرة في بناء الجماعة العلاجية، والتي لابد أن تصب فيها كل المعرفة التي كونها المعالج عن شكل الجماعة، وحجمها.

خطوات عملية الانتقاء النهائي:

١- الاستبعاد المؤقت للحالات التي رفضت التعاقد.
٢- الاستبعاد المؤقت للحالات التي لا تتفق مشكلاتها مع نوع العلاج المطروح.

٣- الاستبعاد المؤقت للحالات التي أثبتت النتائج السيكومترية أنها غير صالحة للعلاج، أو غير مستعدة الآن لتلقي العلاج.

٤- الاستبعاد المؤقت للحالات التي لم تستوف محكات بناء الجماعة المطلوب.

ويتم كل ذلك وفقاً لرؤية المعالج وتصوراته، وفيما يلي بيان بالمحكات العامة والأسس العامة الواجب استيفائها ومراعاتها في الانتقاء النهائي:

١- الاعتراف بالمشكلة أو المرض.

٢- الحاجة إلى المساعدة.

٣- دافعية العلاج.

٤- الاستعداد للقيام بالمهمة العلاجية.

٥- الرغبة في التغير، والقدرة على بذلك الجهد لإحداث التغير المطلوب.

٦- المثابرة لتحمل العلاج.

٧- الأمل.

خامساً: تعليق:

ووفقاً لهذه المحكات وغيرها يتم تكوين الجماعة في النهاية، ويبدأ المعالج في إجراء الجلسات الفعلية للعلاج مع جماعته التي مرت بمراحل كثيرة، ومتنوعة من الفرز حتى استقرت على شكلها الحالي الذي يرتضيه، وترتضيه الجماعة نفسها.

ومن الدراسات التي أوضحت أهمية الإعداد القبلي للجماعة العلاجية – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- دراسة يوكزل وآخرون (٢٠٠٠) (Yuksel, *et. al.*, 2000)
- دراسة باي، وكونج (٢٠٠٠) (Bae & Kung, 2000)

References

1- Bae, S. W. & Kung, W. W., (2000): Family intervention for Asian Americans with a schizophrenic patient in the family, *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (4): 532 – 541.

2- Derisi, W. J. & Butz, G., (1975): Writing behavioral contracts: A case simulation practice manual, Illinois Research Press.

3- Elbirlik, E., *et. al.*, (1994): Individual and group therapies as constructive continuous experiences, *American Journal of Psychotherapy*. 48 (1): 141-154.

4- Fahndrich, E., et. *al.*, (2001): Family consultation as a part of routine management in a psychiatric and psychotherapy department of the general hospital, *Psychiatr. Praxis*, 28 (3): 115 – 117.

5- Fasolo, F., (1989): Group psychotherapy for drug addiction, *Psichiatria Generale Dell Eta Evolutiva*, 27 (3): 569 – 586.

6- Goodwin, j, M. & Talwar, N., (1989): Group psychotherapy for victims of incest, *Psychiatric Clinics of North America*, 12:279-293.

7- Guthell, T. G., (1989): Legal issues in psychiatry, In: Kaplan H. I. & Sadock, B. J., (Ed.): Comprehensive Tex- book of Psychiatry/, Vol. 2, 5ed, Baltimore: Williams & Wilkins.

8- Hollander, M. H. & Ford, C. V., (1990) : Dynamic Psychotherapy : An introductory approach, Washington : American Psychiatric Association,

9- Kaufman, E., (1978): Individualized group treatment for drug - dependence clients, *Groups*, 2 (1): 22 - 30.

10- Lecuyer, J. C. *et. al.*, (1986): Reflections on an alcoholism treatment group: a nonmedical institution *Psycholog. Medicate*, 18 (2): 261 - 262.

11- Patten, C. A., *et. al.*, (2001): Tobacco use outcome of adolescents treated clinically for nicotine dependence, *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 155 (7): 831 - 837.

12- Power, M.J., (1985): The selection of patients for group therapy, *International Journal of Social Psychiatry*, 31 (4): 290-297.

13- Sadock, B. J., (1989): Group psychotherapy, Combined individual & group psychotherapy and psychodrama, In: Kaplan, H. I. & Sadock, B. J., (Ed.): Comprehensive textbook of psychiatry / v, Baltimore: Williams & Wilkins, Vol. 2, 5 ed.

14- Scogin, F., *et. al.*, (1996): Negative outcomes: What is the evidence on self- administered treatments? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64: 1086-1089.

15- Sobell, L.C., *et. al.*, (1997): Factors affecting agreement between alcohol abusers and their collateral's reports. *Journal of Studies of Alcoholism*, 58 (4): 405-413.

16- Vinogradov, S. & Yalom, I., (1989): A concise guide of group psychotherapy, Washington: American Psychiatric Press Inc.

17- Washton A. M., (1992): Structured outpatient group therapy with Alcohol and substance abusers, In: Lowinson, J. H. *et. al.*, (Ed.): Substance Abuse; Comprehensive Textbook, Baltimore: Williams & Wilkins, 2 Ed.

18- Woody, G. C., *et. al.*, (1988): Psychotherapy for substance abuse. 50 Th Annual Scientific Meeting of the committee on Problems of drug dependence, *National Institute On Drug Abuse : Research Monograph Series*, 90 : 162 - 167.

19- Yuksel, S., *et. al.*, (2000): Group psychotherapy with female to male transsexuals in Turkey, *Archives of Sex Behavior*, 29 (3): 279 - 290.

الفصل الثاني

ديناميات الجماعة خلال جلسات التدخل

Group Dynamics During Intervention Sessions

أولاً : مقدمة

ثانياً : التفاعل النفسي الجماعي.

ثالثاً : التفاعل اللفظي.

رابعاً : التفاعل غير اللفظي.

خامساً : العوامل العلاجية.

سادساً : عمليات الجماعة.

سابعاً : الظواهر العلاجية.

ثامناً : الميكانيزمات الدفاعية.

تاسعاً : تعليـق.

الفصل الثاني

ديناميات الجماعة خلال
جلسات التدخل

Group Dynamics During Intervention Sessions

أولاً : مقدمة

إن محاولة علاج أي جماعة دون تفهم الديناميات المتعلقة بها هو مجرد حرث في الماء، لذلك على المعالج أن يتزود بخبرة كافية في مضماري ديناميات الجماعة بشكل عام، وديناميات الجماعة العلاجية بشكل خاص.. والسبب في ذلك أن أية غموض يعتري المعالج فيما يتعلق بما يدور داخل جماعته، وأثناء جلساته قد ينال حتماً من المسار العلاجي الصحي، والسليم لتلك الجماعة. وقد تنهار الجماعة، ويفشل المعالج. وتتعقد الأمور أكثر مما هي عليه منذ البداية. وهذه الديناميات هي ظواهر، ومشاعر، وأحداث حية متأججة داخل الجماعة، وبين أفرادها، مرئية، وخفية تارة، سافرة حادة، وهادئة تارة، واضحة، وغامضة تارة أخرى، وفي كل الأحوال تكون مركبة، ومتعددة، ومتشابكة، ومعقدة، ومحيرة، وعلى المعالج أن يتسلح بالحذر، والروية، وعدم التسرع في تفسيرها لأن الأمر ليس هيناً كما يبدو.

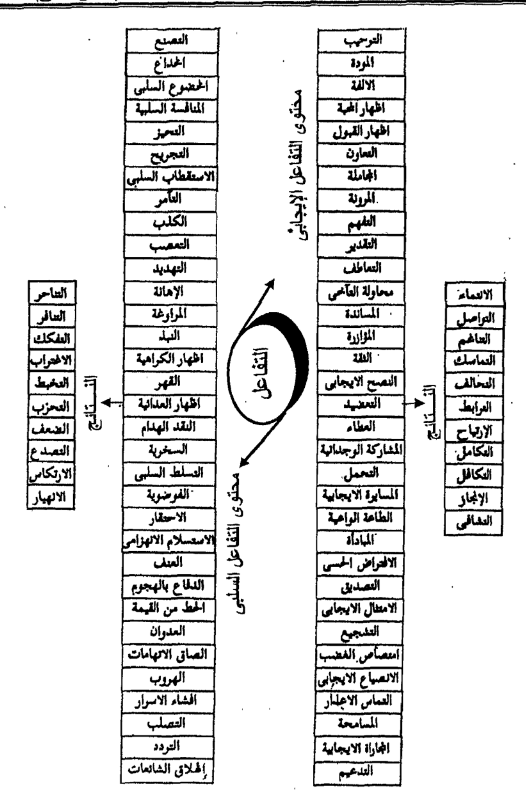
ثانياً : التفاعل النفسي الاجتماعي *Psycho - Social Interaction*

ويقصد به شكل العلاقات النفسية الاجتماعية بين أفراد الجماعة فيما بينهم، وبين المعالج، تلك العلاقات التي يتأثر بها الأفراد، ويؤثرون بها في الآخرين. ويتضمن التفاعل النفسي الاجتماعي وصفاً لهيكل من المتغيرات المتعلقة بالعلاقات النفسية الاجتماعية المتبادلة ويمكن تصورها على النحو التالي:

١. **التفاعل من خلال منظور : العملية / المحتوى النتيجة:**

Interaction As: Process/ Content / Result

فعلى سبيل المثال: حيثما تكون العملية : التفاعل الإيجابي.. تتعدد المحتويات مثل التشجيع، والمؤازرة، والترحيب، والتقدير، والتفهم، والتدعيم.. الخ. فتكون النتيجة: التماسك، والتحالف، والترابط، والانتماء.. الخ.



شكل رقم (٣) تصور مقترح لمفهوم التفاعل فى ضوء العملية / المحتوى/ النتيجة

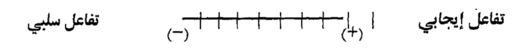
وكذلك الحال: حينما تكون العملية: التفاعل السلبي.. تتعدد المحتويات مثل: الخداع، والإهانة، والمراوغة، والتجريح، والعنف، وإفشاء الأسرار.. إلخ. فتكون النتيجة: التنافر، والتفكك، والتصدع، والانهيار.. إلخ.

ويتضح ذلك من خلال الشكل السابق رقم (٣٨) للتصور المقترح من المؤلف للتفاعل من منظور العملية / المحتوى / النتيجة.

٢- أشكال التفاعل *Forms of Interaction*

حاول كاتب هذه السطور إحصاء بعض أشكال التفاعل داخل الجماعة العلاجية، وأسفرت المحاولة عن حصر (٧٤) شكلاً من أشكال التفاعل المختلفة نصفها يعد نقيضاً لنصفها الآخر وفقاً لمنظور المتصل **Continuum**.

فعلى سبيل المثال: أحد الأشكال هو التفاعل الإيجابي مقابل التفاعل السلبي.



شكل رقم (٤) يوضح متصل التفاعل

وهكذا الحال بالنسبة لبقية أشكال التفاعل التي يعرضها الشكل التالي في تصور مقترح لها.

	أشكال التفاعل	
إيجابي	↔	سلبي
سطحي	↔	عميق
أحادي	↔	تبادلي
عشوائي	↔	مقنن
مباشر	↔	غير مباشر
فردي	↔	جماعي
لفظي	↔	غير لفظي
تلقائي	↔	تحكمي
ظاهر	↔	مستتر
منظم	↔	حر
قوي	↔	ضعيف
محدد	↔	متشعب
مستمر	↔	متقطع
سوي	↔	مضطرب
تطوعي	↔	جبري
هادئ	↔	عنيف
مقبول	↔	غير مقبول
قصير	↔	طويل
مفيد	↔	ضار
رأسي	↔	أفقي
فوري	↔	لاحق
ذاتي	↔	غيري
محايد	↔	تعصبي
ثابت	↔	متغير
متوقع	↔	غير متوقع
ناقص	↔	كامل
صادق	↔	خادع
واقعي	↔	وهمي
عام	↔	خاص
بسيط	↔	معقد
ميسر	↔	متعثر
مادي	↔	معنوي
مؤقت	↔	دائم
فجائي	↔	متدرج
هندسي	↔	متموج
مغلق	↔	مفتوح
جزئي	↔	كلي

شكل رقم (٥) تصور مقترح لأشكال التفاعل داخل الجماعة العلاجية

٣ـ تحليل عملية التفاعل *Interaction Analysis*

قام روبرت بيلز Bales, R.F. (١٩٥١) بصياغة تصور عن تحليل التفاعل داخل جماعة ما بصدد مشكلة ما.

ولقد ضمن تصوره النواحي الاجتماعية/ الانفعالية ذات الاستجابات الإيجابية، وأخرى ذات الاستجابات السلبية.. فضلاً عن النواحي المتصلة بالعمل والإجراءات، والأسئلة في كل منها.

ولقد تصور بيلز عدة عمليات منها:

١- التعرف.

٢- التقويم.

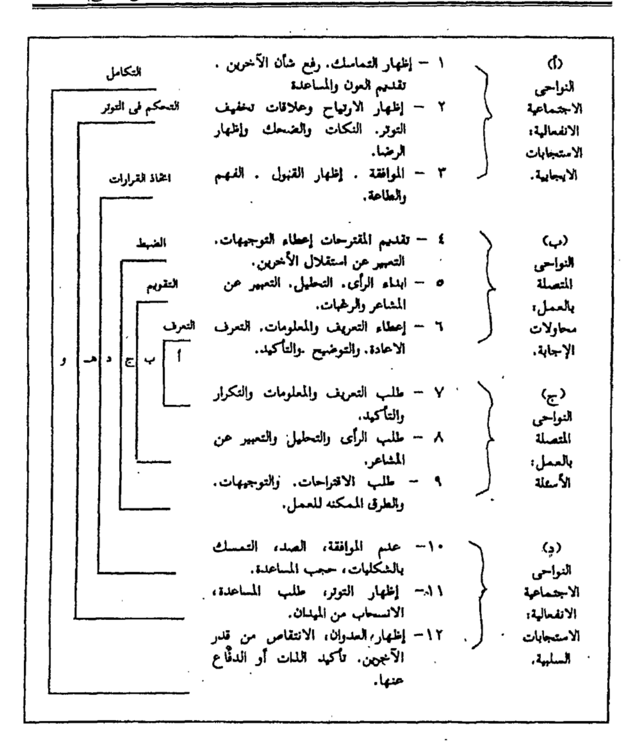
٣- الضبط.

٤- اتخاذ القرارات.

٥- التحكم في التوتر.

٦- التكامل.

وهذا ما يعرضه الشكل التالي للتوضيح:



شكل رقم (٦) تحليل عملية التفاعل داخل الجماعة لحل مشكلة ما
(تصور روبرت بيلز ١٩٥١)
(مختار حمزة ، ١٩٧٩، ص ١٠٧، ١٠٨)

٤. بعض أنماط التفاعل الدينامي الشائعة داخل الجماعة العلاجية:

هناك العشرات، والعشرات من أنماط التفاعل الدينامي التي تحدث داخل الجماعة العلاجية.. ما سبق جزء منها، وما يلي بعض من بعضها الآخر وتتميز تلك الأنماط بما يلي:

أ- أنها شائعة الحدوث داخل الجماعات العلاجية.

ب- أنها مستترة أحياناً ومعلنة أحياناً أخرى، ولكنها أكثر ميلاً أن تكون مستترة، خفية، لأنها دينامية.

جـ- قد لا تشعر بها الجماعة، ولا المعالج المبتدئ.

د- قد لا يشعر بها القائمون بها أنفسهم لأنها قد تحدث على المستوى اللاشعوري.

هـ- أنها مؤثرة، وفعالة، وذات مغزى. والشكل المقترح التالي يوضح بعضها:



شكل رقم (٧) تصور مقترح
لبعض الأنماط التفاعلية الدينامية الشائعة داخل الجماعة العلاجية

أ- **تأثير بيجمالون** *Pygmalion Effect*

ويعد هذا التأثير من ديناميات التفاعل الاجتماعي، ويمكن التعبير عنه ببساطة بأن في مقدور الجماعة التأثير على أحد أفرادها إذا تم التركيز عليه فينتج عن ذلك تغير هذا الفرد تغيراً ملحوظاً. فإذا اتفق خمسة أفراد مثلاً على شخص واحد على أنه مختل فإن بعد

عدة أيام سوف يعتقد الشخص فعلاً أن به خللاً ما. والعكس صحيح. وهذا يثبت قوة تأثير الجماعة سلباً أو إيجاباً على أفرادها.

ب- **تأثير هاوثورن** *Howthorne Effect*

ويعد هذا التأثير مهماً كسابقه، ويتلخص في أن أعضاء الجماعة أيضاً ممكن أن يغيروا من سلوكهم كنتيجة لملاحظة الآخرين لهم.

(Wallace, & Lewis, 1990. P. 89)

ج- **زملة أعراض المحترفين القدماء** *Old Pro Syndrome (OPS)*

ويمكن ملاحظة تلك الأعراض في أنماط سلوكية دينامية خاصة ببعض الأفراد في الجماعة ممن لديهم خبرات سابقة، وقديمة في العلاجات الجماعية، والجماعات العلاجية، ويمكن أن يسببوا اضطراباً في الجماعة، لأنهم يتصرفون كقادة ومحترفين، ويجذبون الأفراد إليهم بشكل سالب، ومؤثر.

د- **تأثير دور المصلح الأخلاقي** *Self – Righteous Moralist (SRM)*

وهذا النمط من السلوك حدده يالوم (١٩٨٥) وعرفه بأنه أحد ديناميات التفاعل الاجتماعي في الجماعة العلاجية، ويتميز هذا النمط من السلوك بأن صاحبه في حاجة دائمة إلى أن يثبت لنفسه وللآخرين أنه على صواب دائماً، وأن الآخرين على خطأ. .(Trotzer, 1991, P. 270-274)

هـ- **المحامي العام** *Chief Defender*

حيث يقوم أحد أفراد الجماعة بدور المحامي العام أو دور حامي الحمى Major Protector، أو دور الأم Mothering لحماية الجماعة من المعالج أو السيطرة على الجماعة.. وهذا ما أشار إليه شوزتروم Shostrom (١٩٦٧). (Ibid, P. 285)

و- **نمط السلوك الحسابي** *Calculating*

ويعرفه شوزتروم (١٩٦٧) أيضاً بأنه ذلك النوع من السلوك الذي يتميز صاحبه بالذكاء الشديد، والتلاعب بالألفاظ، واصطياد الأخطاء، وتحين الفرصة المناسبة للهجوم على المعالج، أو الجماعة بالحجة اللائقة، ولكن الزائفة في كثير من الأحيان. فهو يحسب حساب الكلمة، ويحسب التوقيت المناسب لها، ويحسب ردود الأفعال لها، ويحسب متى يتكلم، ويحسب متى يصمت، ويحسب تجاوزات الجماعة، وتجاوزات المعالج، ويحسب كم المتناقضات، بحرص، وحذق، ودهاء. وعادة ما تكون تعليقاته لاذعة، ونارية، ويثير حساسية الآخرين، وملاحظاته تكون حرجة، ومحرجة، وتبعث على الدهشة.. وبذلك تتحاشاه

الجماعة، وعلى المعالج أن يكون أكثر منه ذكاءاً، وأكثر فطنة، وأشد دهاءاً.. وإلا فسدت الجلسات، وانهارت الجماعة.. لأن مثل هؤلاء الأشخاص يعدون مصدراً لأذى الجماعة والمعالج معاً.. ويفضل بعض المعالجين التخلص من مثل هذه الأنماط الفردية التي تنسى الأهداف العلاجية مقابل إفساد الجماعة (Ibid, P. 285-286)

ز- **صوت الجماعة** *Voice of the Group*

ويمثله في الغالب فرد من أفراد الجماعة يصبح صوتها أو المتحدث باسمها لأنه دائم الصياح والصراخ من أجل الصياح فقط.. والجماعة أحياناً تستخدم هذا الفرد لهذا الغرض.

ح- مداح المعالج:

ويمثله فرد من الجماعة حيث يقوم بإسماع المعالج بما يود المعالج سماعه من معسول الحديث، والمجاملة، ولأنه أدرك استحسان المعالج لذلك، فإن انخدع المعالج بذلك.. تعطلت العملية العلاجية.. ووقع المعالج في شرك.

٥- **قياس معامل التفاعل:**

معامل انتشار العلاقات الاجتماعية

ويهدف للكشف عن مدى خصوبة التفاعل النفسي الاجتماعي ومعادلته كالآتي:

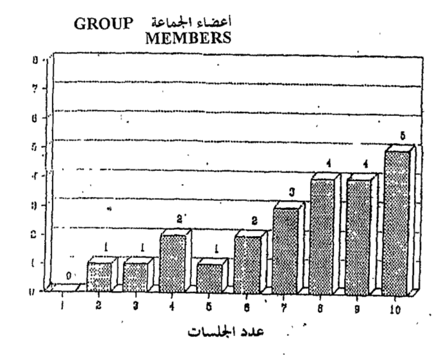
$$\text{معامل انتشار العلاقات الاجتماعية} = \frac{\text{مجموع العلاقات الواقعية بين أفراد الجماعة}}{\text{ن (ن − ١)}} \times ١٠٠$$

حيث ن = عدد أفراد الجماعة (فؤاد البهي السيد، ١٩٨١، ص ٢٨٧-٢٨٨)

٦- **تسجيل تحليل التفاعل** *Interaction Analysis Recording*

حيث يقوم المعالج بتسجيل تفاعلات الأفراد عبر الجلسات، وتفريغ ذلك في رسم بياني يوضح مدى التقدم، أم التوقف، أم التقهقر، أم التذبذب الذي يعتري العملية العلاجية.. ويصدق ذلك على التفاعلات، وعلى إنتاج الأفكار، وتقويمها الأفكار، وتقويم التغذية المرتدة للأفراد عبر الجلسات.

كما يتضح من الشكل التالي الذي يعطي مثالاً لثمانية أفراد في عشر جلسات:



شكل رقم (٨)
يوضح مثالا للتمثيل البياني لتفاعلات ثمانية أفراد
في عشر جلسات علاجية

٧- **التفاعل بين الفريق المعالج:** *Interaction of Therapeutic Team*

ويقصد به مدى التواصل بين الفريق **Interteam Communications** وإلى أية مدى تتجانس، أو تتنافر العلاقات النفسية الاجتماعية بين أعضاء الفريق المعالج، لأن هذا يؤثر بشكل أو بآخر على الجماعة العلاجية ذاتها، وإلى أية مدى يتفق الفريق المعالج على نسق عمل موحد، وإلزامي، وثابت **Key Working System** في التعامل فيما بينهم، والتعامل مع الجماعة العلاجية، وإلى أية مدى يشيع التفهم، والتفاهم، والتناسق فيما بينهم، ومن الأنماط السالبة التفاعلية بين الفريق:

١- تخويل أية خلاف في الرأي إلى مسألة شخصية **Personalization**.

٢- التنافس الهدام.

٣- الغيرة القاتلة.

٤- تسفيه آراء الآخرين، وتسفيه خبرة الآخرين، وتسفيه تخصص الآخرين.

٥- المعارضة من أجل إثبات الذات.

٦- المغالطة، والإبقاء على الخطأ خشية الحرج.

٧- التناحر فيما بينهم، والاختلاف أمام الجماعة العلاجية.

٨- تصيد الأخطاء، والتشهير،وإطلاق الشائعات المغرضة.

٩- احتكار المرضى، والتنافس عليهم.

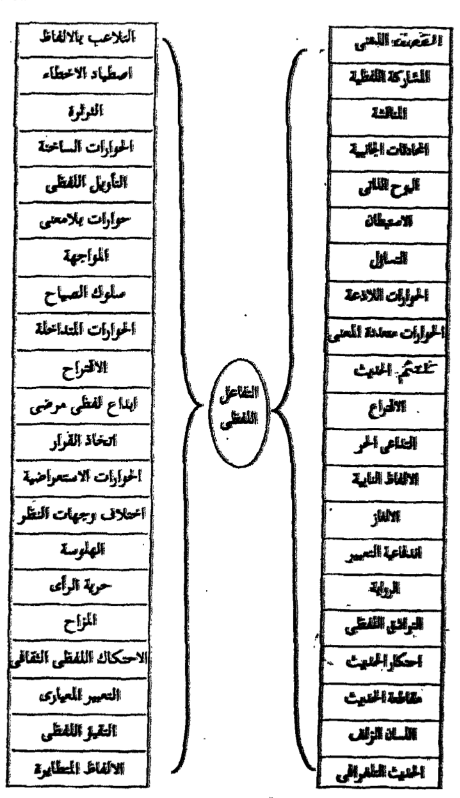
١٠- الاستخدام السيئ للمرضى للنيل من بعض أعضاء الفريق.

١١- تحريض المرضى على بعض أعضاء الفريق.

١٢- شحن نفوس بعض الزملاء على بعضهم الآخر.

ثالثاً : التفاعل اللفظي *Verbal Interaction*

وهو التفاعل بالألفاظ، والكلمات، والعبارات، والجمل، والحوار، والأحاديث، والتعابير، والروايات.. إلخ أنه تفاعل باللغة، واللسان، والثقافة، وله أنماط عديدة داخل الجماعة العلاجية يوضحها الشكل التالي: (٤٢) نمطاً.



شكل رقم (٩)
تصور مقترح لبعض أشكال التفاعل اللفظى
داخل الجماعة العلاجية

ومن هذه الأنماط، والأشكال السابقة نتخير بعضها للحديث الموجز عنها وهي:

١- القصف الذهني.

٢- التعبير الحر الصادق المعياري.

٣- المشاركة اللفظية.

٤- المناقشة.

٥- التساؤل.

٦- البوح الذاتي.

٧- الصراحة.

٨- المحادثات الجانبية.

١- القصف الذهني *Brain Storming*

تعد عملية القصف الذهني إحدى المظاهر المهمة للتفاعل اللفظي بين أفراد الجماعة، وهي تعد أسلوباً لإنتاج الأفكار الجديدة، وتوليدها من خلال التعبير عن أية فكرة، وكل فكرة في تداعي حر، طليق، مستمر، ومفتوح، ومكثف دون النظر إلى مضمون الفكرة، أو قيمتها أو طبيعتها، أو مغزاها، أو فحواها، أو دلالتها حيث يتم تأجيل تقويم الأفكار بعد الانتهاء من تفريغ الأفكار، وإنتاجها.. وأثناء عملية الإنتاج، والقصف، والقذف يتم تشجيع الفرد صاحب الأفكار على الإتيان بالمزيد والمزيد حتى يصبح لدى الجماعة في النهاية وعاءاً مليئاً بالأفكار ثم تتم عملية التقويم، والغربلة، والتقنية، والحوار، والنقاش، حول أهمية الفكرة، وكيفية الاستفادة منها.

٢- التعبير الحر الصادق المعياري *Leveling*

وهو نمط سلوكي جيد يتسم بالتعبير الحر الصادق عن حقيقة شعور الفرد وإحساسه بما في داخله، ويتضمن وعي الفرد باستجاباته الجسدية، وأفكاره، ومشاعره، واستخدامه لذلك في التواصل مع الآخرين. ويعد هذا النمط من السلوك مزيجاً بين البوح الذاتي، والتغذية المرتدة. (Trotzer, 1991, P. 289)

٣- المشاركة اللفظية *Verbal participation*

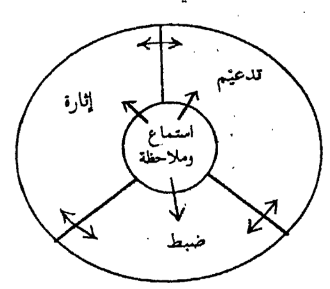
تعد المشاركة اللفظية أحد المظاهر المهمة للتفاعل، وهي تحوي في مضمونها متغيرات عدة. نذكر منها:

- ❖ حجم الأفكار المنتجة.
- ❖ حجم الأفراد المشاركين.
- ❖ قيمة الأفكار المنتجة.
- ❖ معاني الألفاظ.
- ❖ المشاركة الإبداعية.
- ❖ دلالات الأفكار.
- ❖ التحاورات التلقائية.
- ❖ شبكة المشاركة.
- ❖ التحاورات التلغرافية.

إلى غير ذلك من المتغيرات التي يمكن أن تندرج تحت المشاركة اللفظية، وفي كل الأحوال على المعالج مهمة صعبة تتلخص في قيامه بملاحظة المشاركة اللفظية لأفراد الجماعة ملاحظة دقيقة ومحددة.. فتلك المشاركة تعبر عن الباثولوجيا الكامنة، والظاهرة في المرضى داخل الجماعة.. كما أنها تعد مؤشراً أيضاً عن مدى التقدم الذي تحرزه تلك الجماعة. كما أن تنشيط التفاعل اللفظي يثري العلاج، ويثري الجماعة (Mirtovskaysa, et. al., 1989). وعلى المعالج أن يزيد من مشاركة جماعته قدر استطاعته، وأن يحلل تلك المشاركة ويحلل معاني الألفاظ المتبادلة، والحوارات القائمة بين أفراد الجماعة، وأن يعقد المقارنات اللفظية لتسجيل مستويات التقدم، أو التقهقر العلاجي لدى الجماعة. وأن يسجل ذلك على شكل رسوم بيانية يحتفظ بها في ملف كل مريض. وسوف يلاحظ المعالج وجود بعض المرضى الذي يحتفظون بمستويات شبه ثابتة بالنسبة للمشاركة، وأن بعضهم الآخر تتذبذب لديهم مستويات المشاركة من جلسة إلى أخرى. وعلى المعالج فحص تبريرات ذلك الأمر. فهل هو مرده تغيرات في مزاج المرضى، أم تذبذب دافعية، أم شعور بملل، أم نتيجة أحداث طارئة، أم نتيجة المقاومة.. الخ.. لأن هذه التفسيرات تفيد في ثبات التشخيص، والتنبؤ العلاجي اللاحق.

٤- المناقشة *Discussion*

تعد المناقشة بمثابة قلب التفاعل اللفظي، والجلسة العلاجية الجماعية ما هي إلا شكل أو آخر من المناقشة. ويعرض رينتون .Renton, M (١٩٨٠) الشكل التالي ليصور فيه العمليات الأساسية في المناقشة.. مع قيام كاتب هذه السطور بتعديل طفيف عبارة عن إضافة عملية الاستماع إلى الشكل الأصلي:



شكل رقم (١٠) العمليات المتعلقة بالمناقشة
(Renton, 1980, P. 21)

وعلى ذلك يتضح لنا أن العمليات الأساسية في المناقشة رغم كثرتها، وتنوعها إلا أنه يمكن حصرها في:

- الإثارة *Stimulation*.
- الملاحظة *Observation*.
- الاستماع *Listening*.
- التدعيم *Support*.
- الضبط *Control*.

مع ملاحظة وجود عمليات أخرى كثيرة، وعلى المعالج مراعاة المبادئ الآتية في المناقشة.

١- ألا يستأثر المعالج بالمناقشة، وألا يدع أحداً يستأثر بها وحده.

٢- أن يحاول المعالج توظيف المناقشة لهدف الجلسة.

٣- أن يطور المعالج المناقشة ويسير بها قدماً للأمام محرزاً تقدماً ملحوظاً.

٤- أن يحافظ المعالج على المسار الطبيعي والعلاجي للمناقشة.

٥- أن يوفر المعالج فرصاً متكافئة لجميع أفراد الجماعة للمناقشة.

٦- أن يقود المعالج المناقشة إلى محاور جيدة وصحية وبناءة وغير عقيمة.

٧- ألا ينهي المعالج المناقشة إلا بعد أن يتأكد من شعور كل الجماعة بالرضا والقناعة. (Ibid, P. 51-63).

ومن الدراسات التي تناولت موضوع المناقشة في العلاج النفسي خصوصاً الجماعي - مثالاً لا حصراً - ما يلي:

- دراسة سفندسين، ولو (٢٠٠١) (Svendsen&Lau,2001)
- دراسة جونز دوتير وآخرون (٢٠٠١) (Jonsdottir,et.al.,2001)

٥- التساؤل *Questioning*

يعد التساؤل من أحد مظاهر التفاعل اللفظي داخل الجماعة العلاجية، ويشير التساؤل إلى مدى نضج الفرد، والجماعة، ويمكن دراسة عملية التساؤل من خلال الأبعاد التالية:

١- التوقيت Timing (مناسب، غير مناسب، متعجل، مبكر، متأخر).

٢- الصياغة Phrasing (مفهومة، غير مفهومة، سلسة، غامضة، دقيقة، محيرة، جيدة، رديئة، كاملة، ناقصة .. إلخ).

٣- النغمة Tone (هادئة، متوسطة، عالية، غاضبة، ساخرة، حادة، استفزازية.. إلخ).

٤- المضمون Content (واضح، صريح، مستتر، مبهم، غامض، تافه، مهم، غث، ثمين، محدد، بلا مضمون، ظاهر، سهل، صعب .. إلخ).

٥- الغرض Purpose (الاستفهام، الاستفسار، الاستفزاز، الهروب، الإحراج، المواجهة، الدفاع، التشتيت، تغيير مجرى الحديث، النقد، السخرية، الإرباك، الحصول على إجابة،

العدوان، الاستيضاح، السؤال من أجل السؤال فقط، إضاعة الوقت. كسب الوقت، التحدي، الهجوم، خال من المعنى،.. إلخ).

٦- البناء Structure (أحادي، مزدوج، متعدد، متشعب، كامل، ناقص، مفتوح، مغلق، سؤال يثير سؤال آخر، سؤال يحمل الإجابة، سؤال خال من المعنى.. إلخ).

٧- الوجهة Direction (مباشر، غير مباشر، إيحائي .. إخ).

٨- الطبيعة Nature (عام، خاص، جماعي، فردي، فئوي، شائع، ابتكاري. إلخ).

٩- الحركة Action (بسيطة، ممطرة، لاذعة، قاذفة، متأخرة... إلخ).

(ماهر عمر، ١٩٩٢، ص: ٣٤٥ – ٣٩٩).

وعلى المعالج ملاحظة السلوك المرتبط بالتساؤل والانفعالات المصاحبة له، وطبيعة من يقوم بطرح التساؤل، ومن يفترض القيام بالإجابة، وصدى التساؤل على مسامع الجماعة، وشكل الاستجابة المتوقعة.

٦- البوح الذاتي ***Self – disclosure***

يعتقد البعض أن البوح الذاتي لا يدخل ضمن نطاق التفاعل اللفظي، حيث أنه مجرد قيام المريض بتفريغ ما بداخله طواعية، وبدافعية ذاتية.. إذن فلا حاجة للجماعة هنا.. ولكن حقيقة الأمر غير ذلك.. لأن البوح الذاتي هو عملية تفاعل لفظي بين الفرد ونفسه، وعملية تفاعل أيضاً بين الفرد والجماعة.. لأن الفرد لن يبوح بما داخله من مشكلات حادة، وانفعالات، ومشاعر مضطربة إلا إذا تمت عمليات الثقة، والتدعيم، والتشجيع من قبل الجماعة. ولن تتم عملية العلاج بنجاح إلا إذا خبر الأفراد تجربة البوح الذاتي التي قد تحتاج في بعض الأحيان إلى التدريب، والمران.. فبعض الأفراد تنقصهم القدرة حتى عن التعبير عما بداخلهم. ويجب أن يتم ذلك في جو آمن ومناخ هادئ تسوده الثقة، والتدعيم، والمساعدة، ويخلو من العقاب، والتجريح، والسخرية.

والبوح الذاتي عملية بين شخصية Interpersonal act وتخضع للثقافة العلاجية للجماعة Therapeutic Culture of the Group.

(Vinogradov, & Yalom, 1989, P. 53)

وسوف يلاحظ المعالج أنه أثناء عملية البوح الذاتي سوف يقوم المريض الذي يتحدث عن نفسه بالنظر إلى الشخص الذي يرتاح إليه أو يميل إليه، أو قد ينظر إلى الأرض،

أو السقف، والجدران. وقد يصمت لحظات، وتتغير تعبيرات وجهه، ويضطرب أحياناً، وقد يطلب الاكتفاء بقدر ضئيل، ويشعر بالندم أنه قد تحدث عن نفسه. وهنا يبرز دور المعالج، ودور الجماعة في تدعيم الشخص، والموقف بكفاءة.

وقد يقوم المعالج أحياناً بعملية البوح الذاتي بنفسه لجماعته ويسمى هذا التكنيك بالنموذج Modeling وبذلك يغطي رسالة علاجية للمرضى لتقليده ومحاكاته ويشيع جواً من الارتياح، والترابط، والثقة بينه، وبين أفراد الجماعة.

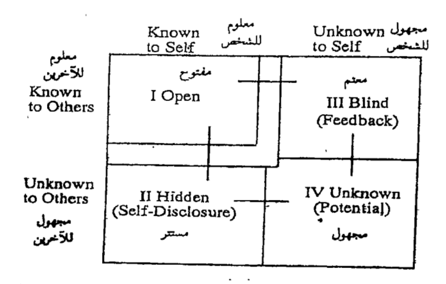
أو قد يختار المعالج في البداية شخصاً تتقد لديه الدافعية للتعبير عن نفسه ليشعر باقي أفراد الجماعة بالطمأنينة والأمان للقيام بعملية البوح الذاتي الذي قد يتحول في نهاية الأمر إلى بوح جماعي Group – Disclosure.

ومن الدراسات التي تناولت قضية البوح الذاتي في العلاج النفسي وخصوصاً الجماعي – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- دراسة لويس (٢٠٠٠) (Lewis, 2000)
- دراسة هيمان، وإيتين (٢٠٠١) (Heiman & Ettin, 2001)

٧- الصراحة *Openness*

ويقصد بها الانفتاح على الآخرين، والتكشف لهم، ومصارحتهم بما يجول في الداخل، والباطن، وهي دينامية مهمة من ديناميات التفاعل داخل الجلسة العلاجية، وكلما كان الشخص مفتوحاً، وصريحاً كلما ساهم ذلك في علاجه ومساعدة الآخرين ويقترح لوفت Luft, J.، وانجهام Ingham (١٩٨٤) استخدام تكنيك نافذة جوهاري Johari Window Technique لاستكشاف مدى تكشف المريض داخل الجماعة، وميله نحو المصارحة، والمصادقة في القول. والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل رقم (١١) يوضح نافذة جوهاري للانفتاحية والصراحة
(Trotzer, 1991, PP. 79-80)

وتحتوي النافذة على مناطق أربع، الأولى وهي المنطقة المفتوحة، أو المكشوفة وهي معلومة لدى الشخص ولدى الآخرين، والثانية: المنطقة المستترة، أو الخفية وهي معلومة لدى الشخص ومجهولة للآخرين. والثالثة: المنطقة المعتمة وهي معلومة للآخرين ومجهولة للشخص نفسه، والرابعة المنطقة المجهولة وتمثل اللاشعور وهي مجهولة. لدى الشخص ومجهولة أيضاً لدى الآخرين.

وبذلك يكون دور المعالج مهماً للغاية في حث كل فرد بلطف على كشف ومكاشفة الذات بصدق، وصراحة في مناخ علاجي تدعيمي آمن.

كذلك على المعالج أن يعي أين يقع أفراد جماعته من الفئات الآتية:

١- أنا أرى الآخرين، ولكنني لا أدري كيف أبدو لهم، وكيف يرونني هم؟

٢- أشياء أعلم أن الآخرين يعرفونها عني، وأود الحديث عنها، وأستطيع ذلك.

٣- أشياء أعلم أن الآخرين يعرفونها عني، وأود الحديث عنها، ولكنني لا أقوى على ذلك.

٤- أشياء أعلم أن الآخرين يعرفونها عني ولا أود الحديث عنها، ولكني أستطيع ذلك.

٥- أشياء أعلم أن الآخرين يعرفونها عني، ولا أود الحديث عنها، ولا أستطيع الحديث عنها.

٦- أشياء لا يعلمها الآخرون، وأود إخبارهم بها، ولكني لا أستطيع.

٧- أشياء لا يعلمها الآخرون، وأود إخبارهم بها، وأستطيع ذلك.

٨- أشياء لا يعلمها الآخرون، ولا أود إخبارهم بها، وأستطيع ذلك.

٩- أشياء لا يعلمها الآخرون، ويمكنني إخبارهم بها، ولكني لا أود ذلك.

١٠- أشياء غامضة عندي، وعند الآخرين.

١١- أشياء غامضة لدى الآخرين عني وأود في زيادة غموضها.

١٢- أشياء غامضة لدى الآخرين عني وأود في زيادة إيضاحها.

٨- **المحادثات الجانبية** *Side Talks*

تعد الأحاديث الجانبية من المظاهر المهمة للتفاعل اللفظي داخل الجماعة العلاجية، وتكاد لا تخلو تقريباً جلسة علاجية دون أحاديث جانبية.. وفي الغالب يمكن أن تنتج عن الأسباب الآتية:

١- تعبير عن مقاومة الجماعة.

٢- تعبير عن ملل الجماعة.

٣- عند تركيز المعالج على فرد واحد فقط في الجماعة.

٤- عند التآمر ضد فرد معين في الجماعة.

٥- تعبير عن رفض الجماعة لشيء ما، أو لحدث ما.

٦- في حالات الاقتراح، أو الاقتراع، أو استطلاع الآراء حول قضية ما.

٧- في حالة استيضاح أحد الأمور الغامضة.

٨- في حالة خوف الجماعة من الحديث علانية وجهراً.

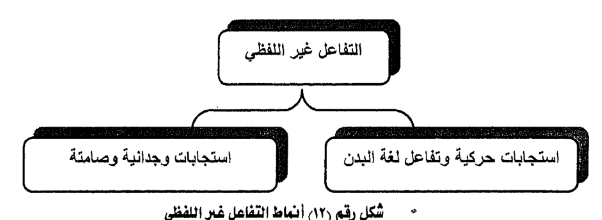
٩- في حالة استفزاز الجماعة.

١٠- في حالة سخرية الجماعة.

١١- في حالة صدور أي سلوك يدعو الجماعة إلى الحديث الجانبي.

إلى غير ذلك من الأسباب التي يمكن أن تثير المحادثات الجانبية بين فردين او أكثر داخل الجماعة العلاجية.. والخطأ الشائع الذي يقع فيه بعض المعالجين المبتدئين هو أن يقوم المعالج بالتدخل المباشر الفج، وغير المنظم في تلك الأحاديث متسائلاً عما يدور من حوار، ومستفهماً عن سبب تلك المحادثات. كما يحدث في الفصل المدرسي، وهذا خطأ. ولكن المعالج الفطن.. لابد أن يدرك أولاً السبب الكامن خلف تلك المحادثات، وطبيعة الأفراد، التي تتم بينهم تلك المحادثات.. ويحاول إن لزم الأمر أن يجذب انتباه هؤلاء الأفراد ويتجاذب معهم أطراف الحديث بطريقة غير مباشرة ودون تطفل، ودون أن يقحم نفسه في تلك المحادثات.. وسوف يحاول أن يوظف تلك المادة لخدمة هؤلاء الأفراد، وخدمة الجماعة، انطلاقاً من هدف الجلسة. وعلى المعالج في توظيفه لتلك العملية أن يعي ميكانيزم تلك الأحاديث حتى تتم عملية التوظيف بنجاح، ودون إحراج، أو خجل، ودون أن تترك أثراً سيئاً في أفراد الجماعة وأن يعي مدتها، ومدى تكرارها، وأثرها.. إلخ.

رابعاً التفاعل غير اللفظي *Non Verbal Interaction*



شكل رقم (١٢) أنماط التفاعل غير اللفظي

الاستجابات الحركية وتفاعل لغة البدن:

إن الاستجابات الحركية Motor Responses، وتفاعل لغة البدن Body Language Interaction، تعدان من المظاهر المهمة للتفاعل غير اللفظي وهما يحتويان على عديد من المتغيرات مثل:

١- نظرات العين.
٢- حركة العين.
٣- اتصال العين.

٤- حركة حاجبي العين.
٥- حركة الرأس.
٦- حركة الأنف.
٧- حركة الفم.
٨- حركة الشفاه (دون حديث).
٩- حركة الجذع.
١٠- حركة الأطراف.
١١- حركة الكتفين.
١٢- طريقة الجلوس.
١٣- اتجاه الجسم.
١٤- معدل النشاط.
١٥- الاتصال الفيزيقي.
١٦- الجاذبية الفيزيقية (جمالية – جنسية).
١٧- الاقتراب المكاني، والفيزيقي مقابل الابتعاد.
١٨- الحركات الإيحائية.
١٩- الحركات الإنذارية، والتحذيرية.
٢٠- بروز وظهور اللزمات العصبية الحركية.

وإذا أردنا أن نتحدث عن أحد هذه الأشكال – فلنأخذ مثال الجاذبية. وعلى المعالج أن يعي المتغيرات الآتية المتعلقة بها، والتي تؤثر في التفاعل بين أفراد الجماعة:

١- الجاذبية الفيزيقية (جاذبية الأعضاء الجسدية).
٢- الوسامة مقابل القبح.
٣- الجاذبية الجنسية (المثلية).
٤- الجاذبية الجنسية (الغيرية).
٥- سلامة الأعضاء مقابل الإعاقة.
٦- الجاذبية الفطرية مقابل المصطنعة.
٧- الإسقاطات المتعلقة بالجاذبية.
٨- جاذبية سمات الشخصية.
٩- جاذبية المهارات الخاصة.

١٠- جاذبية الحديث.
١١- الجاذبية الفورية مقابل الجاذبية المتأخرة.
١٢- الجاذبية الظاهرة مقابل الكامنة.. إلخ.

الاستجابات الوجدانية والصامتة *Affective & Silent Responses*

وتتضمن عديد من المتغيرات مثل:

١- تعبيرات الوجه: التعجب، الامتعاض، السخرية.. إلخ.
٢- المشاهدة (الفرجة).
٣- الشرود.
٤- الحملقة.
٥- التخاطب الإشاري.
٦- الصمت الجماعي المتعمد.
٧- الصمت الجماعي الفجائي.
٨- الاستماع، والإنصات، والإصغاء.
٩- الملاحظة.
١٠- الحوارات الداخلية.
١١- الاستجابات الكامنة.
١٢- المشاركة الوجدانية.
١٣- العدوى الوجدانية.
١٤- الروح المعنوية.
١٥- التوافق الوجداني.
١٦- الضبط الوجداني.
١٧- المزاج الجماعي العام.
١٨- التوتر العصبي.
١٩- الثبات الانفعالي مقابل التذبذب الانفعالي.
٢٠- الوجدان الموجب مقابل السالب.. ويشتمل الوجدان الموجب على متغيرات مثل (الضحك، والهدوء، والابتسام، والمرح، والسرور، والغبطة، والبهجة، والانشراح، والارتياح، والاستقرار، والحب، والود، والعطف، والإحساس بالغير والسعادة.. إلخ).

أما الوجدان السالب فيحوي على متغيرات مثل: (القلق، التوتر، الغضب، الغيرة، الغيظ، الكدر، الاستثارة، الكآبة، الغم، الححل، الخوف، الضجر، التبرم، الضيق، التدمر، التهيج، الثورة، الاحتراق الداخلي، الخزي، الكراهية، العدائية، الحساسية المفرطة، بلادة الحس، تغيرات المزاج، عدم الشعور بالرضا، السخط، عدم الاستقرار .. إلخ).

والمقصد هنا.. أنه يتعين على المعالج أن يدرك ويعي أن الجلسة العلاجية الجماعية ليست مجرد تفاعل لفظي بين أفراد الجماعة، أو مجرد حوار لفظي قائم بينهم، بل أن التفاعل غير اللفظي يكون أشد تعقيداً عن نظيره اللفظي، ويحتاج إلى عين بصيرة مدربة من قبل المعالج حتى يدرك الرسائل الوجدانية، والصامتة، والحركية والإشارية المنبعثة من كل فرد في الجماعة في سياق مكثف، وشائك، وعلى المعالج أيضاً أن يدرك أن التفاعل غير اللفظي يعبر عن السيكوباثولوجيا الكامنة، والظاهرة في ذوات الأفراد، وذات الجماعة ككل.

والمقصد هنا أيضاً أن الابتسامة تعليق، وأن الصمت تفاعل، وإن الحديث مع النظر في الحذاء له مغزى فالإجابة ليست في الحذاء، وإن حركة الشفاه حوار حتى وإن لم تنطق بكلمة.. وإن نظرة العين هي رأي، وحركة الرأس هي وجهة نظر، وأن تململ الجسم على المقعد بمثابة صراع فكري، أو قد يكون وجداني، وإغماض العين هو حوار داخلي.. فالفرد يغمض عينيه ليسترق السمع لنفسه.

ومن الدراسات التي أوضحت أهمية التفاعل غير اللفظي في السياق العلاجي – مثالاً لا حصراً –ما يلي:

- دراسة بلومكفيست، وهالبرج (٢٠٠١) (Blomqvist & Hallberg, 2001)
- دراسة جيلكريست وآخرون (٢٠٠١) (Gilchrist, et. al., 2001)

خامساً : العوامل العلاجية *Therapeutic Factors*

يعد اريفن يالوم Yalom, I. D. أستاذ الطب النفسي بجامعة ستانفورد من أشهر العلماء الذين تعرضوا لمسألة العوامل العلاحية في العلاج النفسي الجماعي اقترح إحدى عشر عاملاً في هذا الشأن هي:

١- غرس الأمل.

٢- العمومية.

٣- نقل المعلومات.

٤- الإيثارية (حب الغير).

٥- التجديد الصحيح لجماعة الأسرة الأولية.
٦- تطوير أساليب التعامل الاجتماعي.
٧- سلوك المحاكاة.
٨- التطهير الانفعالي.
٩- العوامل الوجودية.
١٠- التماسك.
١١- التعلم بين الشخصي.

١- غرس الأمل *Instillation of Hope*

يعد هذا العامل من أول العوامل العلاجية التي ساقها يالوم (١٩٨٣)، وأهمها أيضاً.. لأن عدم وجود أمل في العلاج يبطله، ويعوقه، وأفراد الجماعة حين يأتون للعلاج يحتل كل منهم موقعاً على متصل الانهيار/ التأقلم Collapse/ Coping Continuum.. بوجود الأمل يقترب الأفراد من نقطة التأقلم، خاصة حين يلاحظون آخرين مثلهم يعانون من المشكلات ذاتها. فهذا يمنحهم الأمل في حل المشكلة، والطمأنينة أنهم ليسوا فقط يعانون منها.

٢- العمومية *Universality*

ويرتبط هذا العامل بالعامل السابق، فالأفراد حين يأتون للعلاج يعتقدون أنهم هم فقط أصحاب الضراء، وأنه لا يوجد ممن يعانون من الاندفاعات المخيفة أو غير المقبولة، والخيالات المريضة... ووجودهم مع نظرائهم ممن يعانون من المشكلات والاضطرابات ذاتها يضفي لديهم شعوراً بالارتياح Relief، والترحيب Welcome للدخول في خبرة الجنس البشري Human Race Experience وهي خبرات تتسم بالعمومية، والعالمية في أية مكان نسبياً على وجه البسيطة.

٣- نقل المعلومات *Imparting of Information*

ليس فقط في أغلب الأحوال بل في جملتها على الإطلاق تتوفر فرص نقل المعلومات، وتبادلها في العلاجات النفسية.. كل هذا يعد أمراً بديهياً في العلاج الجماعي.. وعاملاً مهماً في وضوح الرؤية المرضية والعلاجية لدى الجماعة.

٤- الإيثارية (حب الغير) *Altruism*

الموت مع الجماعة رحمة، فما بال الحياة معها، ويد الله مع الجماعة، ولابد للفرد أن يكون في عون أخيه، ومحبة الغير فضيلة، ومبدأ علاجي مهم، والأنانية وحب الذات فقط

دون سواها ضعف.. ورذيلة، ومرض.. ومن الملاحظ أن الأفراد حين ينهون علاجهم بنجاح يذكرون بالخير بعض الأفراد الذين كان لهم الفضل في مساعدتهم، وتحسنهم.. ولهذا قيمة علاجية كبرى. ومن الملاحظ أيضاً أن معظم الأفراد حين يأتون للعلاج تكون لديهم شكوى من أنهم ليست لديهم القدرة على مساعدة أنفسهم بل وحتى مساعدة الآخرين.. ولكن إن كان مبدأ حب الغير متوافراً داخلهم فبالتدريب والمران تصبح الجماعة كلها وكأنها خلية عون، ومساعدة، وتدعيم، وألفة. وبذلك تتلاشى الأنانية، وتنمو الغيرية والإيثارية.

٥- التجديد الصحيح لجماعة الأسرة الأولية

The Corrective Recapitulation of the Primary Family Group

تعد الجماعة العلاجية بمثابة نموذجاً مصغراً لعلاقة كل فرد بأسرته، واضطراب الفرد لا ينشأ من فراغ بل يتعلق بشكل أو بآخر بوجود اضطراب ظاهر أو مستتر داخل الأسرة.

والتفاعل القائم في الجماعة العلاجية من شأنه - إن سار في مساره السوي - أنه يعيد تأخير شكل العلاقات بين الفرد، وأسرته، وأن يجدد تلك العلاقات تجديداً صحيحاً، وسليماً، ومقبولاً.. لأن الفرد في علاقاته مع الجماعة يعكس دون أن يدري علاقاته بأسرته.. والجماعة العلاجية هنا بمثابة البوتقة التي تصهر العلاقات المضطربة، والأفكار المشوهة.. وهذا ينعكس بدوره على علاقات الفرد بجماعة الأسرة بوصفها جماعته الأولية والمرجعية.. وعلى المعالج أن يحاول وسط جماعته القيام بتعديل أنماط السلوك غير التوافقي، ويساعد مرضاه على ذلك.. فإن نجحوا في ذلك.. فالنجاح سوف يكون حليفهم مع الأسرة، والمجتمع عامة.

٦- تطوير أساليب التعامل الاجتماعي ***Development of Socialization Techniques***

من العوامل العلاجية المهمة في تعديل السلوك الاجتماعي للأفراد في العلاج النفسي الجماعي.. هو محاولة تطوير أساليب التعامل الاجتماعي مع الذات، والآخرين. فالجماعة تعد بوصفها مجتمعاً صغيراً.. ولابد للأفراد فيها أن تتوفر لديهم فرصة تعلم المهارات الاجتماعية Social Skills، وآداب السلوك الجماعي، وكيفية كسب الآخرين، وتكوين الصدقات الجيدة والجديدة، والتفاعل السوي مع الآخرين، والتأقلم، والتكيف، والتوافق الاجتماعي إلى غير ذلك.. ولن يتم ذلك إلا باستخدام الفنيات الخاصة بتعلم تلك المهارات، والتدريب، والمران المستمر عليها.

٧- **سلوك المحاكاة** *Imitative Behavior*

توفر الجماعة العلاجية فرصة محاكاة السلوك، وتقليده، فالمريض قد يحاكي سلوك مريضاً آخر، والمحاكاة هنا بمثابة عملية تعلم، ويمكن أن يكون السلوك المحاكى إيجابياً أو سلبياً.. والمعالج اليقظ عليه أن يوفر فرصة وجود النموذج الإيجابي السوي، والصحي للسلوك.

٨- **التطهير الانفعالي** **Catharsis**

كلما احتوى منهج العلاج على توفير فرصة التطهير الانفعالي.. كلما كان ذلك في صالح المريض، والجماعة كلها.. فالتطهير الانفعالي بمثابة تقيؤ السم، وطرده من المعدة، وبمثابة تنظيف جرح ملوث.. وهي عملية حيوية، ومهمة، وذات مغزى علاجي. وكلما تمت في جو من الثقة، والارتياح كلما كان نفعها أعظم.

٩- **العوامل الوجودية** *Existential Factors*

وتتلخص العوامل الوجودية في: مواجهة الفرد لواقعه، ووجوده، وكينونته ومفهومه عن ذاته، وتصوراته، عن الموت، والحياة، وشعوره بالمسئولية، وموقفه من قضية الجبر، والاختيار، وإيمانه بوجوده، وشعوره بالحرية، ومدى امتلاكه لقراراته وإرادته، ومعنى وجوده، وهدفه، وقيمته في الحياة، واكتراثه بالآخرين، ومدى اغترابه وعزلته، وإيمانه بقدره، وبالمشيئة، وتوجهاته نحو إنسانيته، وإنسانية الآخرين، واقترابه من الصواب، والخطأ، وما يفعله؟ وما يجب أن يفعله؟ وما الذي ينبغي عليه أن لا يفعله؟ وموقفه من أزمته الحالية، وتصوراته المستقبلية، وكيف يتغلب على شعوره بالغربة، والعزلة، والوحدة، وأن يضفي لوجوده معاني ذات قيمة، ودلالة.

١٠- **التعلم بين الشخصي** *Interpersonal Learning*

يعد هذا العامل معقداً بعض الشيء، وقد يساء فهمه بعض الأحيان، ولكن، عموماً فإن العلاج النفسي يعد بمثابة عملية من عمليات التعلم، والمريض الذي ينهي علاجه دون تحصيل معرفة حقيقية ببواطنه، وداخلياته.. هو مريض لم يعالج بعد. فالجماعة العلاجية تعد بمثابة مدرسة تعيد تنظيم أفكار الفرد، وتعيد حساباته، وتعيد تأطير مشكلاته، وتعيد تنظيم علاقاته بالآخرين، وتعيد تنسيق سلوكياته، وتعدل اتجاهاته.. إلخ فضلاً عن مساعدته على إحراز التغير الإيجابي Positive Change والعيش في هنا والآن Here & Now ويرى يالوم أن تلك العوامل العلاجية الإحدى عشر تترابط فيما بينها، وتتكامل وتتفاعل في إنجاح أو إخفاق العلاج.

١١- **التماسك (التحالف والترابط)** *Cohesiveness*

إن التماسك أو التحالف أو الترابط هو الإحساس بالتجمع، والمعية Sense of Groupness & Togetherness الناتج عن الإحساس بالقبول، والتقبل، والقيمة، والرضا، والانتماء. والجماعة المتماسكة.. جماعة قوية ناجحة متشافية حيث لا ضرر ولا ضرار، ولا حرج ولا حراج، ولا جرح ولا جراح.. بل عون، وتفهم ومساعدة، وسند، وتدعيم واحترام للذات، والغير. (Yalom, 1983, P. 40-49)

معامل التماسك الداخلي:

ويهدف للكشف عن مدى التماسك الداخلي لجماعة ما، ومعادلته كالآتي:

$$\text{معامل التماسك الداخلي} = \frac{\text{م (د + ل)}}{\text{ن هـ}}$$

حيث م = أفراد الجماعة الذين يستأثرون بالعلاقات الداخلية/ الخارجية.

د = العلاقات الداخلية.

ل = العلاقات الخارجية / الداخلية..

ن = عدد أفراد الجماعة.

هـ = العلاقات الداخلية الخارجية. (فؤاد البهي السيد، ص ٢٨٩-٢٩٠)

وترجع أهمية تماسك الجماعة كذلك إلى أنها تؤثر في أحكام الجماعة (Dasgupta, et, al., 1999)، كما يلفت بورجيز النظر في دراسته مع آخرين (٢٠٠١) إلى فطنة المعالج إلى ما يسمى بالتماسك الزجاجي Vitreous Cohesiveness وهو تماسك ظاهري سرعان ما يلبث أن ينكسر لأنه مثل الزجاج قابل للكسر والتهشم بسرعة. *(Bourges, et. al., 2001)*

ومن الدراسات التي تناولت ظاهرة التماسك في الجماعة العلاجية – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- دراسة ستونسكي وآخرون (٢٠٠١) Stoinski, *et. al.*, 2001)
- دراسة جالانتر، وبروك (٢٠٠١) (Galanter & Brook, 2001)
- دراسة بورجز وآخرون (٢٠٠١) (Bourges, *et. al.*, 2001)

وفيما يتعلق بفعالية نموذج يالوم في العلاج ضمن سياق العوامل السابقة فلقد أكدت دراسات عديدة فعالية ذاك النموذج مع اضطرابات نفسية عديدة منها على سبيل المثال دراسة أجابيتوس (١٩٩٤) والتي أسفرت عن تلك الفعالية مع ذوي اضطرابات التنفس والرئة (Agapetues, 1994)

سادساً : عمليات الجماعة *Group Processes*

تتعدد عمليات الجماعة، وتختلف تارة باختلاف المدرسة العلاجية، وتارة باختلاف النظرية المفسرة، وتارة باختلاف عقائد المعالج.. وفي كل الأحوال توجد بعض العمليات التي اتفق عليها شبه اتفاق واستقر الرأي بشأنها وهي:

١- المزاوجة أو الاقتران.
٢- الاعتمادية.
٣- الكر والفر.
٤- المعايير الجماعية (العلاجية وضد العلاجية).
٥- اختبار الواقع.
٦- الطرح (التحويل).
٧- ضغط الجماعة.
٨- معايشة المكبوت.
٩- الذات الجماعية.
١٠- البراءة السحرية.
١١- بناء الموضوع.
١٢- المقارنة الاجتماعية.
١٣- التنافس الاجتماعي.
١٤- النكوص.
١٥- التوحد الإسقاطي.
١٦- كبش الفداء.

إلى غير ذلك من العمليات التي قد تزيد عن تلك سالفة الذكر، والعمليات الثلاث الأولى هي التي أوردها ويلفريد بيون Bion, W. R. (١٩٥٩) وفيما يلي وصفاً موجزاً لكل منها.

١- **المزاوجة أو الاقتران** *Pairing*

وهي عملية البحث عن رفيق أو قرين في الجماعة العلاجية، حيث يبدأ الأفراد في التآخي، والتعرف إلى بعضهم البعض، وتكوين الصداقات، واقتراب كل مريض من الآخر في جو من التفاؤل والأمل، ووحدة الهدف.

٢- **الاعتمادية (التبعية)** *Dependency*

وهي عملية تحدث في حال عجز الجماعة عن توفير الحماية، والقيادة، والتدعيم، فيبدأ الأفراد في البحث عن القوة، والسند خارج عضوية الجماعة. أو عندما يصبح أفرادها في حالة اعتماد على الجماعة وفي احتياج مستمر إليها.

٣- **الكر والفر** *Fight & Flight*

وهي عملية تحدث في حال كون الجماعة عدوانية، عدائية، أو خائفة.. فتسلك الجماعة مسلك تحاشي شيئاً ما داخلها بالتورط في صراعات جديدة، أو بتجنب أداء المهام العلاجية. **(Vinogradov & Yalom, 1989, P. 92).**

٤- **المعايير الجماعية (العلاجية وضد العلاجية)**

Therapeutic & Antitherapeutic Group Norms

لكل جماعة علاجية عدداً من المعايير التي ينصاع لها افرادها، كما أن هناك معايير علاجية عامة لأي جماعة علاجية. والهدف الأقصى هو امتثال أفراد الجماعة للمعايير العلاجية السوية. ولكن قد يحدث العكس حيث يبدأ الأفراد في تكوين معايير ضد علاجية.. مثل رفض الخضوع لقواعد العلاج، وسفور المقاومة، ورفض اقتراحات المعالج، والإتيان بأنماط السلوك المنافي للشفاء، أو التحسن. وزيادة نسق التوتر في الجماعة، والعمل على تفكك الجماعة، وانهيارها (Ibid., P. 93).

٥- **اختبار الواقع** *Reality Testing*

رغم أن اختبار الواقع أحد وظائف الأنا Ego – Functions، فإنه أيضاً يعد بمثابة عملية مهمة وذات مغزى من عمليات الجماعة العلاجية. ويقصد به التقويم المتعدد للواقع، والحقيقة، والوعي بالذات، والآخرين، ومضاهاة الداخل بالمحيط الخارجي دون صدام، وواقعية التوقعات، والخيار الواقعي وتغيير المدركات الخاطئة، والتشوهات المعرفية، ومطابقة الهدف بالإمكانات، والحصول على تغذية مرتدة من الآخرين تعكس الصورة الفعلية للذات في تفاعلها مع المحيط الخارجي بكافة أبعاده ومتغيراته.

ومن الدراسات التي أوضحت أهمية عملية اختبار الواقع في العلاج النفسي فرديا كان أم جماعيا - مثالاً لا حصراً - ما يلي:

- دراسة جونسون (١٩٩٧) (Johnson, 1997)
- دراسة سبكتور وآخرون (٢٠٠٠) (Spector, et. al., 2000)

٦- **الطرح (التحويل)** *Transference.*

يعبر الطرح عن ارتباط لا شعوري وإسقاط لا واعي لمشاعر، واتجاهات، وأحاسيس سابقة نحو شخص أو فكرة أو شيء في الحاضر الراهن. ويعد الطرح من العمليات الأساسية، والمهمة، والمركبة، والمحيرة أحياناً داخل الجماعة العلاجية وعلى المعالج أن يضع في اعتباره النقاط التالية التي قد تعبر عن مظاهر الطرح:

أ- فحص مشاعر الفرد واتجاهاته عن الماضي تجاه الجماعة/ المعالج/ القائد.
ب- فحص الطرح هنا والآن دون الارتباط بالماضي.
ج- فحص قياس مشاعر الطرح نحو تصور الجماعة ككل.
د- فحص الطرح وعلاقته بموضوع الذات Self – Object.
ه- فحص الطرح الفردي مقابل الطرح الجماعي.
و- فحص الطرح الإيجابي (الحب) مقابل السلبي (الكراهية).
ز- إدراك المعالج للطرح المضاد من قبله تجاه الآخر Countertransference.
ح- فحص الطرح الجزئي مقابل الطرح الكلي.
ط- تلمس المنحى التطوري بفحص الطرح عبر الزمن.
(Stone, 1989, P. 47-61)
(Halperin, 1989, P. 62-74)
ي- فحص استجابات الطرح المشوشة
Chaotic Transference Reactions

وفي العادة يحدث الطرح نتيجة وجود أحداث معينة، أو مواقف معينة تستثير ذكريات سابقة، وانفعالات مكبوتة، ومشاعر حبيسة.. إلخ. وعلى المعالج أن يتفطن لتلك العملية المهمة، والتي لابد له أن يتعامل معها بحذر، وروية، وهوادة، ولين، ورفق، وهدوء.

٧- **ضغط الجماعة** *Group Pressure*

ويقصد به مدى الضغط، والشد، والانجذاب الحادث بين الفرد، والجماعة، ومدى التأثير المتبادل بين الطرفين. وقد يكون ضغط الجماعة إيجابياً، أو سلبياً، مباشراً أو غير

مباشر. ويتوقف ذلك على شخصية الفرد، وقوة الجماعة، وتماسكها، ويمكن أن يستفيد المعالج من ضغط الجماعة الإيجابي لإقناع أحد الأفراد بأداء مهمة علاجية معينة مع توفير التشجيع، والتدعيم، اللازمين.

٨- **معايشة المكبوت** *Abreaction*

وهي عملية إخراج المادة المكبوتة على السطح الواعي الشعوري، وتحويلها إلى حظيرة الواقع، والفعل، وتفهمها، ومعايشتها، والتعرف إلى ما بها من تشوهات غير عقلانية، ولا منطقية، وما يتعلق بها من ترابطات عديمة المعنى، وقد تكون تلك المعايشة على أحد المستويات أو بعضها أو كلها. وتوجد ثلاثة أنماط من تلك المعايشة هي:

١- المعايشة اللفظية للمكبوت.

٢- المعايشة الوجدانية للمكبوت.

٣- المعايشة الحركية للمكبوت (صبري أحمد، ١٩٨٢، ص١٥-١٦).

وتعد هذه العملية من العمليات المهمة، ولكن يتعذر في بعض الأحيان أحداثها، خاصة في الجماعات العلاجية قصيرة الأمد، والمختصرة، أو السلوكية البحتة.

٩- **الذات الجماعية** *The Group Ego*

عملية علاجية ضارة ونافعة، يمكن أن تحدث بالصدفة، ويمكن إحداثها عمداً، لها من يؤيدها، ولها من يعارضها. وضررها يكمن في تحول أفراد الجماعة إلى شكل واحد، وذات واحدة، وسلوك واحد.. أنها مثل الصور الكربونية أو حتى الفوتوغرافية.. فتفكير الفرد هو تفكير الجماعة، وسلوك الفرد هو سلوك الجماعة.. وهذا من وجهة نظر معارضي تلك العملية يعوق النمو الفردي، والتطور العلاجي المستقل.. لأن الفرد حين يذهب للعلاج يكون الهدف هو العلاج وليس الذوبان في كيان جماعة علاجية والتوحد معها.. وأشهر هؤلاء المعارضين هم: ولف Wolf، وسكوارتز Schwartz (١٩٦٢٥).

في الوقت ذاته – وعلى النقيض تماماً – يرى ويلفريد بيون Bion, W. R. (١٩٦١) أن الفرد لن يمر بتجربة العلاج إلا بانخراطه فى جماعة تعوده أساليب التفاعل مع المجتمع الأكبر، وأن قلقه جزء من قلق الجماعة، وأن ذاته لابد أن تكون جزءاً من ذات الجماعة.. فالهدف مشترك، والمشكلة مشتركة، والعلاج مشترك.. وإن ذات الجماعة هي تعبير عن التماسك، والتآلف، والتحالف. (Flores, 1988, P. 33)

إذن فالقضية مذهبية، وفي رأى المؤلف أن خير الأمور أوسطها لأنه أعدلها.

١٠-**البراءة السحرية** *Magical Exculpation*

وتعد تلك العملية التي أورد ذكرها فرتيز ريدل Redl, F. (١٩٥٦) ويقصد بها كيفية تبرئه مشاعر الذنب، والإثم، والخطيئة، والتخلص من مشاعر الندم، واللوم، والحسرة، والقهر، وعدم الأسف، أو التأسي على ما ضاع، أو ما فات، أو ذهب، وتولي، وعدم الحزن على الخسارة، ومحاولة تعويض الناقص، والتفاؤل بالمستقبل، والاستبشار به، والتطلع إليه. *(Whitaker, 1992, P. 35)*.

١١- **بناء الموضع** *Theme building*

وهي من العمليات المهمة، تعبر عن تماسك الجماعة، ويمكن أن توجد هذه العملية في الجماعات المنظمة ذات البناء المحدد، أو غير المنظمة وغير واضحة البناء، ولكنها تتواتر أكثر في الجماعات ذات البناء الواضح المنظم المحدد. (Ibid, P. 36).

١٢- **المقارنة الاجتماعية** Social Comparison

وتتضح هذه العملية في ملاحظة الأفراد لسلوكياتهم، ومشاعرهم، وانفعالاتهم نحو الآخرين، وملاحظة ردود أفعال الآخرين لهم، واستجاباتهم لتلك السلوكيات.. لذلك فالأفراد تقارن بين سلوكياتهم الخاصة، واستجابات الآخرين. وتلك المقارنات في العادة في صالح الفرد، والجماعة إذا قام كل فرد بتعديل ذاته وسلوكه إلى الأفضل مسايرة للآخرين، وكسباً لهم، كما أن هذه المقارنة تثير حوافز الأفراد، ودافعيتهم للإصلاح، والتعديل، والتغير الإيجابي، وتجنب العزلة الاجتماعية، والنبذ الجماعي، أو استهجان الجماعة. (Ibid. P. 45).

١٣- **التنافس الاجتماعي** *Social Competition or Rivalry*

وهي عملية علاجية تظهر داخل الجماعة حين يتنافس أفرادها على أداء المهام العلاجية بنجاح، أو التباري في كسب ثقة المعالج، أو التنازع في احتلال مكانة معينة في الجماعة، أو لعب دور علاجي معين.. إلخ. والتنافس الفاتر أو السافر كلاهما يعوق العملية العلاجية لأن الفتور يؤدي إلى التقهقر، والسفور في التنافس يؤدي إلى النزاع، والتناحر، والتنافر، والبغضاء. وعلى المعالج أن يوظف المنافسات الفردية في صالح الجماعة، وفي صالح خدمة الأهداف العلاجية.

١٤- **التمثل** *Assimilation*

والاصطلاح في البداية مستعار من الفيزيولوجيا حيث يقوم الجسم بعملية الأيض أو التمثيل الغذائي Metabolism وهي عبارة عن هضم الطعام، وامتصاصه والاستفادة منه

في بناء الجسد. وكذلك الحال في العلاج النفسي الجماعي والجماعات العلاجية حيث يقوم الأفراد بهضم المعلومات، والشروح المقدمة إليهم، وامتصاص الأنماط السلوكية السوية، والاستفادة منها في الشفاء، والتعامل مع الآخرين بكفاءة، وتوافق، ومواءمة، وتأقلم، وتكيف، وامتصاص الخلافات، والمنازعات وطردها خارج الجماعة، والانسجام، والتوحد مع أفرادها قدر المستطاع. (توفيق مرعي، أحمد بلقيس، ١٩٨٤، ص ٨٠-٨٦).

١٥-النكوص ***Regression***

ويعني ارتداد الجماعة إلى مرحلة سابقة علاجية، أو مرضية. ويمكن أن يظهر النكوص بشكل فردي أي لدى فرد بعينه في الجماعة أو بشكل شبه جماعي حين يظهر لدى أكثر من فرد، أو بشكل جماعي حين يظهر لدى كل أفراد الجماعة وهو أمر نادر الحدوث، وهناك سلوكيات تسمى شبه النكوصية وهي متعمدة وشعورية يعيها الأفراد ويقصدونها من قبل المقاومة والشغب وإثارة البلبلة في الجلسات، وشغل بال المعالج وصرف ذهنه عن العلاج والتركيز في مشكلاته.

١٦-التوحد الإسقاطي ***Projective Identification***

وهي عملية يقوم بها أحد أو بعض أفراد الجماعة تجاه أحد أو بعضهم الآخر أو تجاه المعالج.. حيث يتوحد الفرد مع المعالج، ويسقط عليه ما بداخله.

(Proter, 1994, P. 113)

وقد يقوم المعالج بما يسمى بالتوحد الإسقاطي المضاد **Projective Counter identification** كرد فعل منه تجاه التوحد الإسقاطي من المريض. الأمر الذي يؤدي بالمعالج (المحلل) لاشعورياً وسلبياً أن يلعب الدور الذي يرسمه له المريض، ويتصرف كما لو كان قد قبل ما أسقطه المريض عليه، وتمثله، وأصبح جزءاً منه فعلاً. (عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨، ص ١٥٩).

١٧-كبش الفداء ***Scapegoat***

وهو أحد أفراد الجماعة الذي يوضع على فوهة المدفع دائماً، ويمكن التضحية به، وافتداء الجماعة به، وهو سلة المهملات التي تقذف عليه قمامة الجماعة. وقد يوجد كبش الفداء أيضاً وسط جماعة الأسرة وعادة ما يمثله أحد الأبناء نتيجة أخطاء الوالدين (عباس محمود عوض، ١٩٨٦ ، ص ٣٣٤). وقد تصر الجماعة شعورياً، أو لا شعورياً على خلق كبش الفداء احتياطياً لصد أي اتهام، أو ذنب، أو خطأ، أو ردع أذى معين.

(*Poter*, 1994, P. 113)

سابعاً : الظواهر العلاجية *Therapeutic Phenomena*

تتعدد أيضاً الظواهر العلاجية التي يمكن ملاحظتها أثناء مراحل العلاج النفسي الجماعي، وسوف نتعرض بإيجاز عن بعضها مثل:

١- **غرس الجماعة.**
٢- **التناقض الوجداني.**
٣- **المقاومة.**
٤- **الارتكاس.**
٥- **العصف (فوران الجماعة).**
٦- **الصدام الخبري.**
٧- **الصدام الثقافي.**
٨- **الصراع.**
٩- **الاحتماء بالجماعة.**
١٠- **مهنة المرض.**
١١- **الاستبصار.**
١٢- **انتقال أثر العلاج.**
١٣- **الكرة الطائرة الساخنة.**
١٤- **الرزاز العلاجي المتطاير.**
١٥- **انهيار الجماعة.**
١٦- **نفع الجماعة مقابل ضررها.**

١- **غرس الجماعة** *Stucking of the Group*

وهي ظاهرة تعبر عن توقف الجماعة عند مرحلة معينة من المرض، أو الشفاء، أو العلاج، أو السلوك العام توقفاً مؤقتاً تماماً مثل غرس السيارة في الرمال، أو في مطب ما..

فالجماعة أحياناً تقف عند مشكلة ما.. وتتصلب، وتتجمد، ويصيبها الشلل، والبلادة، واللاحراك، وضعف القدرة على التحرك للأمام، أو حتى التقهقر للخلف. فترة من الوقت، والمعالج الفطن يستطيع بهدوء، وبالتدريج أن يساعد جماعته على تخطي هذه الأزمة، وهذا

المطب المؤقت.. وسرعة العودة بالجماعة إلى طريق الشفاء المعبد دون هزات أو مطبات.. إلخ.

٢- **التناقض الوجداني** *Ambivalence*

وهي ظاهرة تعبر عن ازدواجية المشاعر، وثنائية الحس، والتضاد الوجداني. حيث يجتمع الضدان في آن واحد، فيشعر الفرد بحب لشخص ما، وكراهيته في الوقت ذاته. وكثيراً ما يفاجأ المعالج أن بعض مرضاه يعانون من تلك الظاهرة أثناء عقد الجلسات العلاجية، وعليه أن يتعامل مع تلك الظاهرة بحذر، وحرص، واهتمام.

٣- **المقاومة** *Resistance*

وسوف يتم الحديث عنها بإفاضة في الفصل التاسع والخاص بمشكلات رفض العلاج النفسي الجماعي من هذا المؤلف.. ومن مظاهرها الهروب، والإجابات المختصرة، وتحوير التساؤلات، وإعطاء نصف الحقائق، أو شبيهتها، والادعاء بعدم الفهم، أو عدم المعرفة.. إلخ.

٤- **الارتكاس** *Relapse*

ويعني العودة إلى الأنماط السلوكية الخاطئة بعد فترة انقطاع عنها، وبعد تعلم أنماط جديدة للسلوك السوي، وهي ظاهرة مرضية تعبر عن الإحباط، والتقهقر، أو عدم جدوى العلاج، أو نقص الدافعية الفجائي، أو عدم الجدية في العلاج، وعدم تحمل المسئولية، أو زيادة الضغوط على المريض، أو استحداث مواقف جدية ضاغطة، أو تسرع المريض في الحصول على نتائج سريعة للعلاج الجماعي، وشعوره بالملل، والضيق، أو التأثير السلبي للجماعة على المريض باستفزازه، والتهكم عليه، والسخرية منه.. إلخ وعلى المعالج أن يحمي مرضاه، وأفراد جماعته من حدوث ظاهرة الارتكاس والوقاية منها.

٥- **العصف** *Storming*

وهي ظاهرة علاجية، وأحياناً تكون بمثابة مرحلة علاجية، تتميز بمجموعة من السمات، والخصائص منها:

أ- تفاعل سطحي بين أفراد الجماعة.

ب- علاقات مصطنعة.

ج- نسق توتر عال، ومرتفع، ومعوق.

د- مناورات، ومراوغات.

ه- تراشق لفظي وشجار، ونقار.

و- انعدام الثقة.

ز- عدم شعور بالأمن، والأمان، والارتياح.

ح- مناقشات حامية، وحادة.

ط- معارضة ونقد وسخرية.

ي- استجابات تجنب، وتحاشي، ونفور.

ك- استجابات انفعالية حادة (صراخ، تهديد، عدم اهتمام، إلخ).

ل- صمت عاصف، وكئيب.

م- عدوان، وغضب، وعدائية صريحة، وظاهرة .. وفوران .. إلخ.

ن- عدم الحاجة للجماعة، وانقسام أفرادها بعضهم على بعضهم الآخر، والشعور بعدم الجدوى، إلى غير ذلك من الاستجابات السالبة التي قد تصدر عن الجماعة في بداية تكوينها، أو عند انهيارها.

٦- الصدام الخبري *Experiential Shocking*

ويقصد به اصطدام خبرات الفرد مع خبرات الجماعة، مثلما يحدث أن تصطدم خبرة شخص لديه تاريخ جنسية مثلية مع جماعة علاجية لا علاقة لها بهذا الأمر، أو اصطدام خبرة عصابي بخبرات جماعية ذهانية. وإن كان من الأفضل أن تتباين خبرات الجماعة، ولكن ليس للحد الذي يصل للصدام المدمر.. ويتوقف هذا الصدام على قدرة المريض على تحمله، أو على مساعدة الجماعة له على تخطي الأزمة، وكلما زادت الثقة، وشاع الارتياح سرعان ما تنصهر مثل تلك الصدمات، والأزمات.

٧- الصدام الثقافي *Cultural Shocking*

ويقصد به اصطدام ثقافة الفرد بثقافة الجماعة، مثلما ينضم مريض مصري إلى جماعة من المرضى الأمريكيين.. فالثقافة تختلف، والعادات تتباين، بل وأسلوب التعبير عن المرض يختلف، والهوية الثقافية تختلف، وقد يضطر المعالج أحياناً إلى جمع بعض المرضى في جماعة علاجية واحدة رغم اختلاف الخلفية التربوية، والثقافية، والحضرية.. وكل ما عليه في هذه الحال أن يتعامل بمهارة في هذه المسألة، وأن يحاول إيجاد الرابطة الوجدانية،

والتآلفية بين أفراد الجماعة لأنه لن يستطيع أن يمنع حدوث الصدام الثقافي منعاً مطلقاً بل على الأكثر سوف ينجح في تقليل حدة هذا الصدام، وتدعيم جماعته قدر استطاعته.

٨- الصراع ***Conflict***

الصراع ظاهرة علاجية، وعرض باثولوجي، وعلة نفسية، ومبدأ من مبادئ الحياة النفسية للأفراد لا يمكن تجاهله، ورغم وجود صراعات ظاهرة واعية شعورية يدركها الفرد فإن أغلبها خفي، ومستتر، وكامن ولا شعوري، وتلك الصراعات اللاوعية هي أشد فتكاً براحة الإنسان عن نظيرتها الشعورية. وتهدف معظم العلاجات النفسية إلى فض الصراعات القابعة خلف الاستجابات المضطربة، والشاذة، والمرضية. ووجود الصراع يعني وجود رغبات متناقضة، أو معاقة بعوائق مما ينتج عنه حالة من التوتر، والقلق يفشل الفرد في حلها فيلجأ إلى الحلول المؤقتة، أو أنصاف الحلول، أو الحلول الملتوية أو الحلول المرضية أو الحلول الحيلية، أو الدفاعية ضد تهديد كيان الفرد وكينونته. [illegible] ع مثل الفيروس المسبب للمرض ومنها ما هو نووي أو مركزي، ومنها ما هو متشعب (Wolberg, 1988, P. 725-727)، وعلى المعالج أن يدرب أفراد جماعته على الاعتراف بوجود صراعات، وعلى محاولة تلمسها، واستيضاحها وكشفها Clarification، والعمل على التعامل معها، ومعايشتها ومن ثم إزالتها وفضها Resolution، وإزالة ما تسببت فيه من توتر، وقلق، وكآبة وتشويه، ثم تدريب الأفراد على التعامل المستقبلي مع مثل تلك الصراعات، وتلافي عواقبها وما يتعلق بها من أزمات، وصدمات، والعمل على زيادة الثقة بالنفس، والتعبير الحر الطليق، والتنفيس الانفعالي المستمر الصحي في جماعة آمنة متماسكة.

٩- الاحتماء بالجماعة ***Protecting by the Croup***

وهي ظاهرة كثيراً ما تتواتر لدى بعض أفراد الجماعة الذين يستشعرون ضعفاً في نفوسهم، وأن الجماعة توفر لهم شعوراً بالحماية، والوقاية، والأمان، وإن كان هذا يبدو حسناً شريطة ألا يزداد عن عتبة معينة حيث يخشى بعض الأفراد الابتعاد أو الانفصال عن الجماعة لأن ذلك يشكل لهم تهديداً بالضعف، والارتكاس والتقهقر والإحباط. لذلك يتعين على المعالج أن يكون يقظاً لذلك بحيث يساعد المرضى على حماية أنفسهم بأنفسهم، ويخلق لديهم الحماية الذاتية Self – Protection.

١٠- **مهنة المرض** *Illness Occupation*

وهي ظاهرة علاجية تعبر عن باتولوجيا سافرة لدى بعض المرضى الذين يحتمون بمرضهم. حيث يقوم الفرد بامتهان مهنة المرض.. فإذا سأله المعالج لماذا فعلت ذلك؟ يكون جوابه "لأني مريض" دون أن يبدي أي رغبة في التغير، أو التعديل.. وتتواتر هذه الظاهرة في المرضى السكوباتيين، ولدى مدمني الخمور والمخدرات.. وقد يعطي المريض انطباعاً أنه سعيد بمرضه ويمكنه أن يفعل ما يشاء دون قيد أو مسئولية لأنه ليس على المريض حرج.. فضلاً عن أنه يتكسب من مرضه مثلما يتكسب من مهنته، والمقصود بتكسبه من مرضه ما يعرف بالمكاسب الثانوية **Secondary Gains** للمرض وهي تشير إلى انتفاع المريض بما لديه من أعراض تدر عليه دخلاً من العطف والرعاية والشفقة وتجنب المسئولية وتلمس الأعذار وتلبية الطلبات .. إلخ. وهذه الفئات تلزم لها تقنيات عديدة في العلاج حتى يتخلى عن مهنة المرض.

١١- **الاستبصار** *Insight*

الاستبصار عملية علاجية، ومرحلة شفائية، وظاهرة إكلينيكية مهمة ولا يحدث الشفاء دون حدوث الاستبصار، وللاستبصار مستويات منها: الاستبصار الأولي، والاستبصار الجزئي، والاستبصار الكلي، الذي يعني إدراك المريض لأسباب مرضه، وإعراضه، ونتائجه، وعواقبه، ووعي المريض بصراعاته، وميكانيزماته، ودوافعه، ومشكلاته، وطرائق حلها، واستيعابه لذاته، وقدراته، وإمكاناته، وطاقاته، وتعلمه مهارات التوافق التي سوف يواجه بها غده.

١٢- **انتقال أثر العلاج** *Transference Of Treatment's Effect*

ويقصد بتلك الظاهرة انتقال أثر تعلم مهارات معينة في جماعة علاجية ما إلى جماعة علاجية أخرى يلتحق بها المريض نفسه. وقد تكون تلك الظاهرة منتشرة أكثر بين المرضى الداخليين في المؤسسات العلاجية التي يحتوي برنامجها العلاجي على أكثر من جماعة علاجية للمرضى أنفسهم في البرنامج الواحد.

فقد يتعلم المريض مهارة المراوغة في الحديث في جماعة ما. ويحاول استخدام تلك المهارة في جماعة علاجية أخرى. وفي هذه الحال يكون انتقال الأثر سلبا. وقد يكون إيجابياً في حالة تعلم الفرد كيفية التعبير عن نفسه بصدق وصراحة في جماعة مواجهة مثلاً فيحاول ممارسة المهارة ذاتها في جماعة علاجية أخرى. ويحاول مساعدة أفراد الجماعة على ذلك وهكذا.

لذلك على المعالج أن يضع في حسبانه خبرات المرضى فيما يتعلق بالجماعات العلاجية التي سبق وأن التحقوا بها، وملاحظة ظاهرة انتقال أثر العلاج بشقيها السلبي، والإيجابي، المباشر، وغير المباشر.

١٣- الكرة الطائرة الساخنة *Hot Volley ball*

وتبدو هذه الظاهرة في مرحلة بداية تكوين الجماعة العلاجية، أو حين مناقشة موضوع مهم، وحيوي، ومحرج، وحساس، وشائك، فيلاحظ المعالج أن كل فرد في الجماعة حين يأتي عليه الدور في الحديث يبادر بكل سرعة بالنفي وإلقاء الكلمة بالالتفات إلى الشخص الذي يليه.. إنها تماماً تشبه لعبة كرة السلة والتي يتعين على اللاعب ألا يحتفظ بالكرة في يده طويلاً بل عليه أن يلقي بها فوراً إلى زميل آخر.. والكرة هنا ليست كرة سلة بل كرة ساخنة لأن الموضوع ساخن وحساس فنرى كل فرد في الجماعة إذا أخذ الكلمة ليتحدث سرعان ما يلقي بالحديث إلى غيره، وغيره يلقي بالكلمة إلى غيره.. إلخ وتظل الكرة الساخنة (وهي الحديث) طائرة بين أفراد الجماعة دون أن يستفيد أحد بأي شيء. والمعالج لابد أن يكون حذراً لذلك، وأن يتعامل مع الموقف بحيث تتحقق الإفادة المرجوة لكل فرد من الجلسة.

١٤- الرزاز العلاجي المتطاير *Therapeutic Spreads Out*

ويعني أنه إن كان التعامل في جلسة ما مع فرد واحد بعينه داخل الجماعة، فإن هذا لا يعني أن بقية أفراد الجماعة لا يستفيدون شيئاً، لأن ثمة رزازاً متطايراً علاجياً ينبعث من هذا الفرد والمعالج إلى سائر أفراد الجماعة ليصيب الجماعة كلها في صورة رسائل علاجية. وهذا هو الرزاز العلاجي المتطاير والذي يتساقط على رؤوس أفراد الجماعة ووجدانهم.

٥- انهيار الجماعة *Group Collapse*

وقد يكون الانهيار تدريجياً، أو فجائياً، جزئياً أو كلياً، مباشراً أو غير مباشر، مؤقتاً أو مستمراً وهكذا. وفي العادة يرجع انهيار الجماعة إلى ضعف تماسكها النفسي، وتنافر أعضائها، وعدم فلاح المعالج في المؤالفة بينهم، فضلاً عن الهزات العلاجية التي تزلزل الجماعة في بعض مراحلها العلاجية. وعلى المعالج حماية جماعته من مثل هذه الهزات التي قد تودي بها.

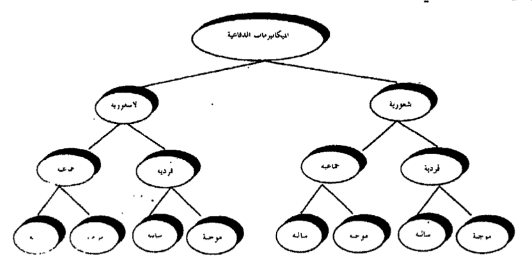
٦- **نفع الجماعة مقابل ضررها:** *Harmness vr. Harmlessness of the Group*

على المعالج أن يعي أن تفاعلات الجماعة يمكن لها أن تنفع، ويمكن لها أن تدمر، وعليه أن يزيد من نفع الجماعة، وأن يقلل من ضررها ما استطاع. وهذا ما أكده كل من أوباليك. وستيفانوفيك (١٩٨٤).(Opalic & Stefanovic, 1984)

ثامناً: الميكانيزمات الدفاعية *Defense Mechanisms*

يكاد لا يخلو علاج نفسي – فردياً كان أم جماعيا – دون التعرض لميكانيزمات دفاع المريض أو الجماعة. ولكل فرد نسق **System** معين من ميكانيزمات الدفاع تماماً مثل أية دولة، وكل دولة لها نظام دفاع مستقل بها، والدولة دون دفاع تسقط، وتنهار كذلك الفرد دون دفاع يسقط وينهار، بل ويقدم على الانتحار. لأن الوظيفة الأساسية لميكانيزمات الدفاع هو الحفاظ على البنيان النفسي قائماً دون انهيار، ودون تهديد فضلاً عن كونها تساعد الفرد في الحفاظ على عملية التوافق بصرف النظر هل هذا التوافق يعد جيداً أم سيئاً حسنا أم شاذاً، موجباً أم سالباً؟

والأفراد يختلفون في كم الميكانيزمات الدفاعية وكيفها، وأولويتها، وترتيبها وطبيعتها، ومدى سفورها. وذلك وفقاً للحالة النفسية الراهنة، ووفقاً للموقف ومدى الضغط العصبي والنفسي الذي يحمله، ومدى تحمل الفرد لذلك، ومدى قدرته على التأقلم معه. ويوضح الشكل التالي تصوراً مقترحاً لتقسيم طبيعة الميكانيزمات الدفاعية.



شكل رقم (١٣) تصور مقترح لتقسيم طبيعة الميكانيزمات الدفاعية

وتعد الميكانيزمات الدفاعية بمثابة نسقاً متشابكاً، ومترابطاً، ومتكاملاً، ومعقداً، ومتغيراً أحياناً، وثابتاً أحياناً، والميكانيزمات الدفاعية ليست قاصرة على الفرد بل يمكن ملاحظتها لدى الجماعة العلاجية أيضاً مثل الإنكار الجماعي، والسلبية الجماعية.. إلخ. وسوف نتناولها الآن بشيء موجز من التفصيل.

الميكانيزمات الدفاعية الشعورية ***Conscious Defense Mechanisms***

ويمكن أن تكون فردية، أو جماعية، موجبة، أو سالبة، ناضجة، وغير ناضجة، سوية أو شاذة كما يتضح من الآتي:

الميكانيزمات الدفاعية الشعورية

سالبة (غير ناضجة)	موجبة (ناضجة)
١- التحدي المبالغ فيه.	١- التنافس البناء.
٢- التحايل.	٢- الرضا بالواقع.
٣- المراوغة.	٣- القناعة.
٤- المناورة.	٤- إلغاء الأهداف المستحيلة.
٥- الكذب.	٥- المثابرة.
٦- التحاور الاستفهامي.	٦- التحدي المعقول.
٧- السخرية.	٧- المواجهة.
٨- المقامرة.	٨- المناقشة الصريحة.
٩- الهروب القصدي.	٩- إظهار المودة.
١٠- الإذعان التام.	١٠- كسب الأصدقاء.
١١- المجاملة الزائدة.	١١- اللجوء إلى الله أولاً وأخيراً.
١٢- التجريح المتعمد.	١٢- الزهد.
١٣- التحامل.	١٣- الفكاهة.
١٤- المكابرة.	١٤- الإيثارية وحب الغير.
١٥- التلغز (الحديث بالألغاز).	١٥- جهاد أهداف جديدة.
١٦- المعارضة.	١٦- المبادرة، والتطلع.
١٧- الاستفزاز المتعمد.	
١٨- النقد.	
١٩- المشاكسة.	
٢٠- تسفيه آراء الآخرين.	
٢١- تبادل الاتهام.	
٢٢- التهديد الفيزيقي.	
٢٣- التناسي.	
٢٤- اللامبالاة.	
٢٥- الاستعطاف المفرط.	
٢٦- الخداع.	

الميكانيزمات الدفاعية اللاشعورية: *Unconscious Defense Mechanism*

وهي أيضاً يمكن أن تظهر في صورة فردية، أو في صورة جماعية حين تتحدد ميكانيزمات دفاع أكثر من فرد في الجماعة العلاجية.. وهي في أغلبها تكون غير ناضجة، سالبة، شاذة، مع وجود بعض الميكانيزمات ذات الصبغة الإيجابية أما الميكانيزمات غير الناضجة فهي:

١- الكبت	*Repression*
٢- الإنكار	*Denial*
٣- الإسقاط	*Projection*
٤- التبرير	*Rationalization – Justification*
٥- التوحد، التقمص، التطابق، التماهي	*Identification*
٦- العقلنة – التعقل.	*Intellectualization*
٧- النكوص – الارتداد	*Regression*
٨- التكوين العكسي	*Reaction Formation*
٩- السلبية	*Passivity*
١٠- التحويل	*Conversion*
١١- النقل – الإزاحة	*Displacement – Removal*
١٢- العدوان	*Aggression*
١٣- التفعيل – التجسيد	*Acting Out*
١٤- النسيان	*Forgetting*
١٥- الانعزالية	*Isolation*
١٦- التثبيت	*Fixating*
١٧- الانحناء التقهقري	*Retroflex ion*
١٨- التعويض الزائد	*Overcompensation*
١٩- الانسحاب	*Withdrawal*
٢٠- الامتصاص، الاستدماج – الاحتواء، التحاسس	*Introjection*
٢١- الاحتماء بالمرض	*Capitalization*

٢٢ . التبلد – البلادة	*Apathy*
٢٣- السلوك الجاذب للانتباه	*Attention – Getting Behavior*
٢٤- التعظيم والمثالية المفرطة	*Over- Idealization*
٢٥- الترميز	***Symbolization***
٢٦- التعميم	***Generalization***
٢٧- الترحل – الهروب بالرحيل	***Nomadism***
٢٨- الانفصال	***Dissociation***
٢٩- الإلغاء–المحو– الإبطال –	***Undoing***
عدم الفعل	***Substitution***
٣٠- الإبدال	***Inversion***
٣١- القلب	***Autism***
٣٢- عدم الواقعية في التفكير	***Self – Deprecation, Turning***
٣٣- التحول ضد الذات	***against the self***
٣٤- التجزئة والانشقاق	***Splitting***
٣٥- التشويه	***Distortion***
٣٦- الانغلاق	***Blocking***
٣٧- الخيال المفرط	*Extreme Fantasy*

تاسعاً : تعليق

إلى غير ذلك من الميكانيزمات الدفاعية التي قد يختلف النظر إليها من نظرية إلى أخرى، أو من مدرسة إلى أخرى، أو من مذهب جدلي إلى آخر.. ورغم ذلك فهناك عدة ميكانيزمات ذات صبغة إيجابية ناضجة مثل الإعلاء أو التسامي **Sublimation**.. إلخ.. وفي كل الأحوال على المعالج التعرف إلى:

الخريطة الدفاعية

الخريطة الدفاعية الفردية
Individual Defensive Map
• ويقصد بها استراتيجيات دفاع الفرد عن نفسه ضد تهدي القلق، وحل الصراع

الخريطة الدفاعية الجماعية
Group Defensive Map
ويقصد بها استراتيجيات دفاع الجماعة عن نفسها ضد تهدي القلق، وحل الصراع

شكل رقم (١٤) الخريطة الدفاعية (تصور مقترح)

المراجع

المراجع العربية:

١- توفيق مرعي، أحمد بلقيس، (١٩٨٤)، الميسر في علم النفس الاجتماعي، الأردن، دار الفرقان.

٢- عبد المنعم الحفني (١٩٧٨)، موسوعة علم النفس، والتحليل النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي. ج١، ج٢.

٣- فؤاد البهي السيد، (١٩٨١)، علم النفس الاجتماعي، القاهرة، دار الفكر العربي، (ط ٢).

٤- مارفن شو، ترجمة: مصري حنوره، محيي الدين حسين، (١٩٨٦)، ديناميات الجماعة، القاهرة، دار المعارف.

٥- ماهر عمر، (١٩٩٢)، المقابلة في الإرشاد، والعلاج النفسي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

٦- مختار حمزة (١٩٧٩)، أسس علم النفس الاجتماعي، جدة، دار المجمع العلمي.

References

7 - Agapetus, L., (1994): Yalom's model: Applied to an Outpatient better breathers group, *Journal of Psychosomatic Nursing & Mental Health Services*, 32 (12): 11-14.

8 - Blomqvist, K. & Hallberg, I. R., (2001): Recognizing pain in older adults living in sheltered accommodation: The views of nurses and older adults, *International Journal of Nursing Studies,* 38(3): 305 – 318.

9 - Bourges, J. L., *et. al.*, (2001): Characteristics of retinal detachment in children, *J. FR. Ophtalmol.,* 24 (4): 371 – 377.

10 - Dasgupta, N., *et. al.,* (1999): Group entitativity and group perception: Associations between physical features and psychological judgment, *Journal of Perspectives of Social Psychology,* 77 (5): 991 – 1003.

11 - Flores, P. J., (1988): Group psychotherapy with addicted populations, New York: The Haworth Press.

12 - Galanter, M. & Brook, D., (2001): Network therapy for addiction: Bringing family and peer support into office practice, *International Journal of Group Psychotherapy,* 51 (1): 101 – 122.

13 - Gilchrist, A., *et. al.,* (2001): Development and current functioning in adolescents with Asperger Syndrome: A comparative study, *Journal of Child Psychology & Psychiatry,* 42 (2):227 – 240.

14 - Halperin, D. A., (1989): Countertransference and group psychotherapy: The role of supervision, In: Halperin, D. A. (Ed.): Group psychodynamics, Chicago: Year Book Medical Publishers Inc.

15 - Heiman, M. L. & Ettin, M. F., (2001): Harnessing the power of the group for latency - aged sexual abuse victims, *International Journal of Group Psychotherapy,* 51 (2): 265 - 282.

16 - Johnson, D. R., (1997): An existential model of group therapy for chronic mental conditions, *International Journal of Group Psychotherapy,* 47 (2): 227 - 250.

17 - Jonsdottir, H., *et. al.,* (2001): Group reminiscence among people with end - stage chronic lung diseases, *Journal of Advanced Nursing,* 35 (1): 79 - 87.

18 - Lewis, J. M., (2000): Repairing the bond in important relationships: A dynamic for personality maturation, *American Journal of Psychiatry*, 157 (9): 1375 - 1378.

19 - Mirtovskaya, V., *et. al.*, (1989): Vegetative tests in group psychotherapy of patients with opium narcomania in the stage of remission formation, *Zhurnal Neveropatologii I Psikhiatrii imeni S. S. Korsakova*, 89 (10): 33-35.

20 - Opalic, P., & Stefanovic, M., (1984): Diagnostic homogenization of a small group of psychotic patients and investigation of its influence on treatment effects, *Psihigatriga Danes*, 16 (3 - 4): 281 - 289.

21 - Porter, K., (1994), Principles of group techniques, In: Bernard, H. S, & Mackenzie, K. R. (Ed.): Basics of group psychotherapy, New York: The Guilford Press.

22 - Specter, A., *et. al.*, (2000): Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials, *Gerontologist*, 40 (2): 206 - 212.

23 - Stoinski, T. S., *et. al.*, (2001): A preliminary behavioral comparison of two captive all - male gorilla groups, *TECHL AB.*, 20 (1): 27 - 40.

24 - Stone, W. N., (1989): Transferences in groups: Theory and research, In: Halperin, D. A., (Ed.): Group Psychodynamics, Chicago, Year Book Medical Publishers Inc.

25 - Svendsen, A. M., & Lau, M. E., (2001): Focus group interview: A method of study and implementation, *Ugeskr. Leager.* 163 (23): 3227 - 3230.

26 - Trotzer, J. P., (1991): The Counselor & the group: Integrating theory, Training & Practice, (2. Ed)., Muncie Accelerated Development Inc.

27 - Vinogradov, S. & Yalom, I., (1989): A concise guide of group psychotherapy, Washington: American Psychiatric Press Inc.

28 - Wallace, S. A. & Lewis, M. D., (1990): Becoming a professional counselor, Newbury Park: Sage Publications.

29 - Whitaker, D. S., (1992): Using groups to help people, London Routledge & Kegan Paul LTD.

30 - Yalom, I. D., (1983), Inpatient Group Psychotherapy, New York: Basic Books, Inc., Publishers.

الفصل الثالث

ديناميات مهارات الجماعة

Group Skills Dynamics

منظومة المهارات الاجتماعية وتصنيفاتها

وجهة نظر مقترحة

Social Skills Array & Its Classifications
A Suggested Point of View

- أولاً: نبذة تعريفية بوجهة النظر المقترحة
- ثانياً: أبعاد تصنيف المهارات الاجتماعية ومنظوماتها.
- ثالثاً: تعليق.

الفصل الثالث

ديناميات مهارات الجماعة

Group Skills Dynamics

منظومة المهارات الاجتماعية وتصنيفاتها

وجهة نظر مقترحة

أولاً: نبذة تعريفية بوجهة النظر المقترحة:

❖ **المسمى / التحليل التكاملى لمخرجات البنية التفاعلية لمنظومة تتغير**

Integrated Analysis of Interactional Structure's Outputs of a Variable Array

❖ **الهدف / التعرف إلى:**

❖ المكونات	*Components*
❖ المخرجات	*Outputs*
❖ العناصر	*Elements*
❖ الأوليات	*Primaries*
❖ الأساسيات	*Basics*

الخاصة بالمتغير ومنظومته ووحداته التي يتألف منها للاحاطة بحجمها، ومساحتها، وقدرها، وصورتها، وشكلها، وما يتشابه منها وما يختلف وما يتكرر منها مع غيرها ومع ما يستقل منها، وما يمتزج مع آخر ... إلخ.

❖ **السند التصورى** / *Conceptual Verification Support*

من المسلم به أنه لم ترتسم ملامح عصر العولّمة إلا بتفتيت الذرة، وتفتيت الزمن والوقت ومقاييسه حتى وصلنا إلى الفيمتوثانية، وتفتيت خريطة الجينوم البشرى حتى وصلنا إلى ما يُناهز ثلاثة بلايين مفردة وراثية ... أنها بمثابة ثوارث تفتيت وتحليل وتكامل وتفاعل أنها ثورات منظومات وسوف تشهد الأيام المقبلة مزيداً ومزيداً من تلك الانطلاقات العلمية التى ستذهب عنا عمى العموميات التى استغرقنا فيها .. فكل ما حولنا يحتاج إلى تحليل، وتفتيت، وفحص، وتفاعل، واستنتاج تكامل لكى نصل إلى حقيقة هى عين اليقين: "أن لا شيء يعمل بمفرده على الإطلاق إلا كيان الله" وما سوى ذلك ما هو إلا مفردة تعمل بجانب مفردة أو مندمجة معها أو مع مجموعة منها وبينها تفاعل وتكامل وبناء منظومى صغر أو كبر .. وهذه آية من آيات الله لخلقه أن يحتفظ بالتفرد لنفسه فقط وما سوى ذلك فهو ثنائى أو متعدد أو منظومى بداية من منظومات ذرات الحجر والصخر التى لا تخرج إلا بإذنه، وأوراق الشجر التى لا تسقط إلا بأذنه وانتهاءاً إلى منظومات أفلاك السماء. هذا ما

يجب أن نضعه نُصب أعيننا لأن عزل تفسير العلم عن آيات الله سيقلب تلك العوّلمة إلى جوهلة. وفى علم النفس نحن أحوج ما يكون لمواكبة تلك الثورات والانطلاقات التفتيتية لاكتشاف مواطن التفاعل والتكامل والاندماج والمزج والتداخل بين المكونات الأساسية والبينية لبنية منظومات الظواهر النفسية والمتغيرات البحثية التى ندرسها ونفحصها أو بالأحرى ندعى ذلك.

ومن هنا جاءت الحاجة إلى وجهة نظر تتمشى مع ذاك المنحى الذى اتشحت به العلوم الفيزيقية والكونية ... وجهة نظر تكشف لنا النقاب عن مخرجات تحليل البنية التفاعلية التكاملية لمنظومة متغير تلك المخرجات والمكونات والعناصر سواء أكانت أساسية أو فرعية أو بينية التى قد تدلنا بدورها عن تكاملات أخرى، وتفاعلات أخرى لم نلحظها من قبل أو بالأحرى لم نلتفت إليها باكتراث من قبل.

وهذا ما حاولنا البدء فيه بفحص منظومات المهارات الاجتماعية وتصنيفاتها ومكوناتها بشكل تصورى مقترح قابل للتأييد أو الدحض ولكنه على الأقل خطوة طريق وبارقة تأمل وشحذ فكر.

❖ **العمليات الأساسية** / *Basic Processes*

❖ التحليل	*Analysis*
❖ التفتيت	*Fragmentziation*
❖ التفاعل	*Interactionalization*
❖ التكامل	*Integration*
❖ التصفيف	*Queuing*
❖ الدمج	*Incorporation*
❖ العزل	*Separating*
❖ التنظيم	*Organizing*
❖ التصور	*Conceptualization*
❖ التقسيم	*Dividing*
❖ التصنيف	*Classification*
❖ التخريط	*Mapping & Turnerization*
❖ التجزئة	*Itemization*
❖ إعادة الترتيب	*Rearranging*
❖ إعادة التصور	*Reconceptualization*
❖ تحديد مسارات	*Tracing*
❖ تخطيط	*Schematizing*

ويتم توظيف تلك العمليات مع المادة التي سيتم التعامل معها من مفردات، ومكونات، ووحدات، وأجزاء، وعناصر، وأوليات، ومخرجات، وما شابه ذلك لتحديد البنية المفترضة *Assumed Structure* سواء أكانت تلك البنية أساسية *Basic* أو بيبية *Interstructure* وبذلك تحتفظ وجهة النظر تلك بأنها شمولية *Comprehensive*، متعددة المعنى *Multivocal*، قابلة للتطبيق *Applicable* حيث يمكن صياغة تلك المخرجات المقترحة في صورة أدوات قياسية تطرح لعمليات التنقية العاملية، والفرز الحكمي وما شابه ذلك.

وعلى ذلك سوف يتبنى المؤلف وجهة نظره الخاصة تلك – اقتراحاً وتصوراً – حتى يحين الاثبات العملى الميدانى الإمبيريقي لها فيما بعد. وسوف تصطبغ تصنيفاتنا الخاصة بالمهارات الاجتماعية بوجهة النظر تلك تباعاً حسبما يتضح من العرض التالى.

ثانياً: أبعاد التصنيف الخاصة بمنظومة المهارات الاجتماعية:

Classification Dimensions of Social Skills Array

يخطئ من يظن أن المهارات الاجتماعية هي بعض تلك المهارات أو هي حفنة مهارات خاصة بالمجال الاجتماعى فقط، ولكن بنظرة مدققة متفحصة غالباً ما ندرك أننا بصدد عشرات وعشرات من المهارات الاجتماعية التى تعج بها حياتنا وأن نقصها أو قصورها يعود بالضرر علينا في تعاملاتنا مع الآخرين والدهشة حتى في تعاملاتنا مع أنفسنا .. وثمة بعض الأبعاد التى يمكن اقتراحها بشأن تصنيفات تلك الأنواع التى تتداخل بعضها مع بعضها الآخر لتكون منظومة قد يصعب حصرها غالباً، والشكل التالى المقترح يعرض تصوراً يحوى بعضاً من تلك الأبعاد التى سوف تتصنف وتتفرع تباعاً.



شكل رقم (١٥) تصور مقترح لبعض أبعاد تصنيف المهارات الاجتماعية

١ـ **بعد المصدر** *Source Dimension*

حيث تتفرع فيه المهارات هنا إلى:

- مهارات اساسية ضرورية *Basic Necessary Skills*
- مهارات فرعية ثانوية *Secondary Skills*

ويتضح من ذلك أن ثمة مهارات مصدرية جوهرية أولية لا غنى عنها لابد من التحلي بها لاستمرار الحياة النفسية الاجتماعية للأفراد أسوياء أم مرضى على حد سواء، وثمة مهارات أخرى أقل أهمية. وأقل جوهرية وأقل مغزى وأقل تأثيرية وذات طابع ثانوى، فرعى، لاحق، تابع ويعد نقصها لا يسبب اضطراباً، وقد يستعيض عنها الفرد بالمهارات الأساسية الضرورية ورغم الاتفاق على ذلك غالباً، فإنه من اللائق ألا نغفل أيضاً أن المهارة الأساسية لدى الفرد (س) قد تكون فرعية لدى الفرد (ص) والعكس قد يكون صحيحاً وهكذا

٢ـ **بعد الإجراء** *Procedure Dimension*

حيث تتفرع فيه المهارات هنا إلى:

- ❖ مهارات لفظية *Verbal Skills*
- ❖ مهارات غير لفظية *Non – verbal Skills*

حيث يقصد بالإجراء هنا طبيعة التعبير عن المهارة وإظهارها وإخراجها ولا يكون ذلك إلا عن طريق التلفظ بها لساناً أو كتابة أو عن طريق غير لفظي أي حركى، فيزيقى، إشارى، رمزى، ... إلخ.

٣ـ **بعد التكوين** *Construction Dimension*

حيث يرى بيلكونيز في دراسته مع آخرين (١٩٨٠) إمكان النظر إلى المهارات الاجتماعية بوصفها ثنائية التكوين فهى إما مهارات بسيطة *Simple Skills*، وإما مهارات مركبة *Complex Skills* (Pilkonis, *et. al.*, 1980) وهذا أمر يتسق مع المنطق ... فتقريباً كل متغيرات حياتنا يمكن تصورها بفكرة المتصل الذى يمتد من البساطة إلى التعقيد، وبالتالي يمكن ملاحظة نوعين من المهارات أولهما أنها بسيطة، سهلة، يسيرة، يمكن تعلمها بسهولة، أحادية التكوين، وثانيهما أنها مركبة، معقدة، مكثفة، مؤلفة من عدد آخر من المهارات، ويمكن أن تكون ثنائية أو متعددة التكوين.

٤ـ **بعد الشكل** *Form Dimension*

حيث يرى فارار (١٩٩٥) إمكان تقسيم المهارات الاجتماعية إلى:

- ❖ مهارات ظاهرة *Over Skills*
- ❖ مهارات كامنة *Covert Skills (Latent)* (Farrar, 1995)

والمهارة الظاهرة واضحة، صريحة، ملموسة، حية، موجودة، عيانية، مستخدمة، يلحظها الفرد، ويلحظها الآخر فهى ملحوظة، وملاحظة، ومستعملة، ومشهودة، ونقيضها المهارة الكامنة، أو المستترة، أو المختبأة، أو الغائبة، أو الباهتة، أو التى ما زالت في رحم الغيب ...قد لا يعلم بوجودها الفرد ولا يعيها، ولا يدركها، ولا يحيط بها الآخر علماً .... وقد تظهر فجأة في موقف ما يقتضى خروجها من مخبأها.

٥ـ **بعد الطابع** *Character Dimension*

حيث يرى نايتس مع آخرين (١٩٩٥) إمكان تقسيم المهارات الاجتماعية إلى:

- ❖ مهارات أصلية *Original Skills*
- ❖ مهارات شبيهة بالاجتماعية *Prosocial Skills*. (Ninness, *et. al.*, 1995)

٦ـ بعد الشيوع *Currency Dimension*

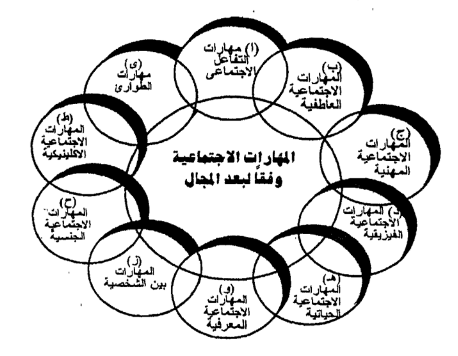
حيث يرى هوجارتي مع آخرين (١٩٩١) إمكان تقسيمها إلى:

- ❖ مهارات فردية *Individual Skills*
- ❖ مهارات جماعية *Group Skills*. (Hogarty, *et. al.*, 1991)

والمهارات الفردية هنا يقصد بها تلك التي تخص فرداً بعينه حيث يتفرد بها، وينفرد بها، ويتميز بها، ويتسم بها، ويوصف بها، وتتعلق به دون من يحيطون به .... أما المهارات الجماعية فهي تلك التي تخص جماعة بذاتها حيث تصطبغ تلك الجماعة بزملة تلك المهارات المميزة لتلك الجماعة. كما يمكن أن يفهم من ذلك التقسيم أن المهارات الفردية قد تكون خاصة *Special* وأن المهارات الجماعية قد تكون عامة *General* شائعة مشتركة متقاسمة ذات منوالية وتكرارية لدى معظم الناس.

٧ـ بعد المجال *Field Dimension*.

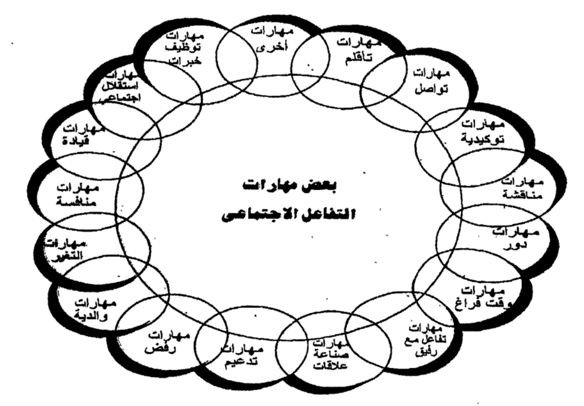
ويوضح الشكل المقترح التالي تقسيم بعض المهارات الاجتماعية وفقاً لهذا البعد:



شكل رقم (١٦) تصور مقترح لبعض أنواع المهارات الاجتماعية وفقاً لبعد المجال

٧ – أ – مهارات التفاعل الاجتماعي *Social Interactional Skills*

وهي كثيرة ومتعددة ويمكن تلخيص بعض أهمها على النحو الذي يعرضه الشكل المقترح التالي:

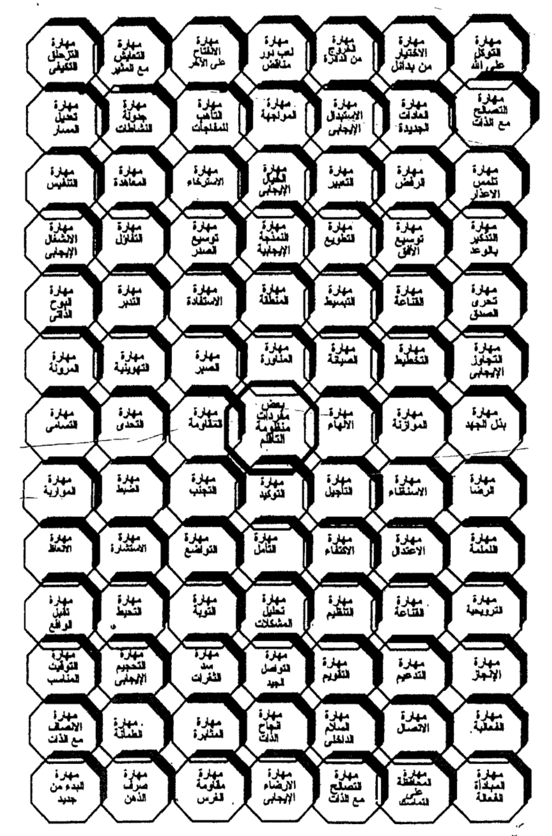


شكل رقم (١٧) تصور مقترح لبعض مهارات التفاعل الاجتماعي

٧ – أ – ١ – منظومة مهارات التأقلم *Coping Skills Matrix*

وهي منظومة لجملة المهارات التي تهدف إلى التأقلم، والتكيف، والتواؤم، والتوافق والتعامل مع الأحداث، والأشياء، والأشخاص، والمواقف التي تتطلبها، وتستدعيها، وتقتيضها، وما نقصده بها هنا بالطبع هي تلك المهارات ذات الطابع الإيجابي الفعال وهي بذلك بمنأى عن ميكانيزمات التوافق، أو عمليات التوافق الوهمي، أو الآليات غير الناضجة أي أن المقصود هو تلك المهارات التي يتعلمها العملاء والمرضى في جلسات العلاج على أن تتسم تلك المهارات بالشعورية، والإيجابية، والفعالية التي تعين من يتعلمها على أن يصبح أكثر توافقاً وأكثر تأقلماً مع واقعة ومجريات قضاياه.

ولقد وضع المؤلف تصوراً لبعض مفردات بنية منظومة مهارات التأقلم، وصاغها في الشكل المقترح التالي والذي يعرض لـ (٩٠) مفردة:



شكل رقم (١٨) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات التأقلم (٩٠) مفردة

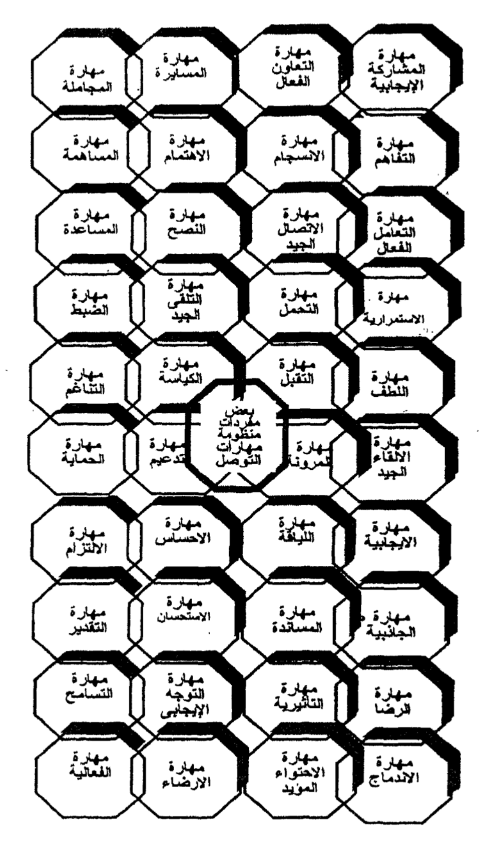
وعن أهمية تعلم مهارات التأقلم فإن ثمة دراسات عديدة قد أوضحت تلك الأهمية لدرجة أن بعض أنواع المناهج العلاجية سميت بهذا الاسم ذاته أى مهارات التأقلم نظراً لمغزاها، وجدواها، وتأثيرها، ووزنها في حياة البشر عموماً والمرضى خصوصاً، ومن تلك الدراسات – مثالاً لا حصراً – ما يلى:

- دراسة لايوديت مع آخرين (٢٠٠٠) (Laudet, *et. al.*, 2000)
- دراسة هوسين (٢٠٠١) (Hosin, 2001)

٧ – أ – ٢ – منظومة مهارات التواصل ***Communication Skills Matrix***

لا غرو في أن تكون مهارات التواصل على رأس قائمة مهارات التفاعل الاجتماعى، وهى منظومة متعددة التركيب والاحتواء فمنها التواصل مع الذات، والتواصل مع الآخر، والتواصل السلبى، والتواصل الإيجابى، والتواصل المؤثر والفعال، والتواصل الأقل فعالية، والتواصل المباشر، وغير المباشر، والتواصل الجزئى مقابل الكلى، والتواصل المستمر مقابل المتقطع، والتواصل السطحي مقابل العميق، والداخلى مقابل الخارجي، والتواصل المحدد مقابل غير المحدد، والممتد مقابل المكثف، والصحى مقابل التواصل اللاسوى أو المرضى إلى غير ذلك من عشرات المتغيرات التي تصنف مفهوم التواصل ومعكوسة، ونقيضه، ومقابله وفقاً لفكرة المتصل.

ومهارات التواصل تعد في غاية الأهمية للأسوياء وبالأحرى لغير الأسوياء من المرضى، والعملاء وذوى المشكلات والشكاوى والاضطرابات وما إلى ذلك. ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة مهارات التواصل على النحو الذى يعرضه الشكل التالى والذى يعرض لـ (٤٠) مفردة:



شكل رقم (١٩) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات التواصل (٤٠) مفردة

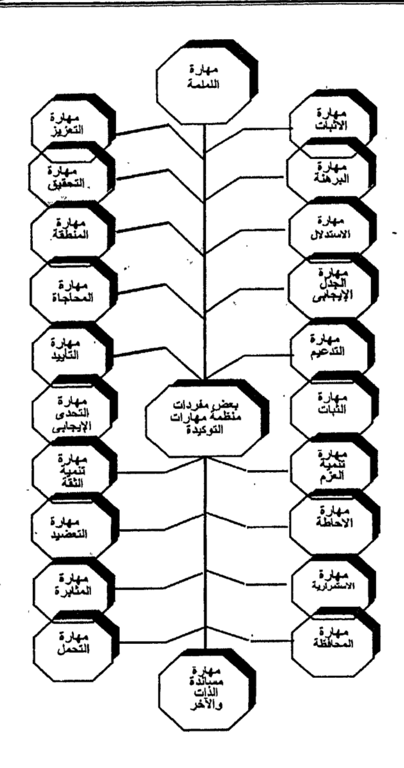
وثمة دراسات عديدة قد أوضحت أهمية مهارات التواصل منها – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- دراسة أوهنو مع آخرين (٢٠٠٠) **(Ohno, *et. al.*, 2000)**
- دراسة فاورز (٢٠٠١) **(Fowers, 2001)**

٧ – أ – ٣ – منظومة مهارات التوكيدية ***Assertiveness Skills Array***

كل ما هو غير مؤكد يكون مصيره: الشك، الريبة، الالقاء، النبذ، الهجر، السخرية، الاستبعاد، الوقوع، السقوط، التلاشي، النسيان، المهاجمة، الانكار، الحذف، الاستهجان، التصدع، ويصدق ذلك على الأشياء غير المؤكدة، والقضايا غير المؤكدة، والأشخاص الذين يفتقرون إلى التأكيد والتوكيد، ولا شك في أن المرضى هم أشد من يحتاج إلى التوكيدية لأن القاسم المشترك في الاضطرابات النفسية والسيكاترية هو نقص التوكيدية ... والحقيقة أن التوكيدية ليس بالشيء الهين، وهي ليست وجبة سهلة سريعة لكل من يشعر بالجوع، ولكنها بالأحرى منظومة مهارات تحتاج إلى تعلم، ومران، وتدريب حتى تجاد وتتقن.

هذا ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة مهارات التوكيدية على النحو الذي يوضحه الشكل التالي والذي يعرض لـ (٢٢) مفردة:

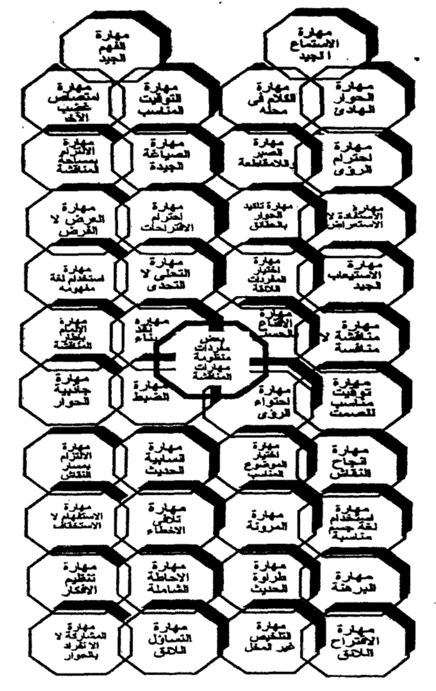


شكل رقم (٢٠) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات التوكيدية (٢٢) مفردة

٧ – أ – ٤ – منظومة مهارات المناقشة *Discussion Skills Matrix*

رغم أن المناقشة ذات طابع معرفي ... فإن المؤلف قد آثر عرضها هنا ضمن مهارات التفاعل لأن غالبية مظاهر التفاعل تكون لفظية في صورة مناقشة، وحوار، وجدل، ونقاش، ومحادثة، وما إلى ذلك.

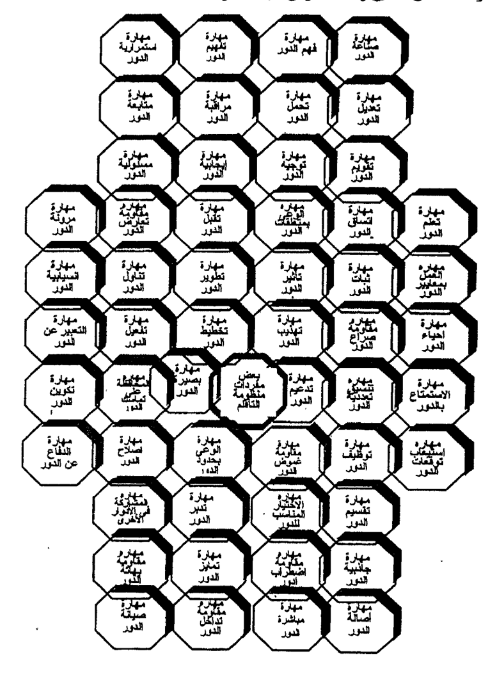
ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة مهارات المناقشة على النحو الذى يعرضه الشكل التالى والذى يعرض لـ (٤٢) مفردة:



شكل رقم (٢١) بعض مفردات بنية منظومة مهارات المناقشة (تصور مقترح) (٤٢) مفردة

٧ – أ – ٥ – منظومة مهارات الدور : *Role Skills Matrix*

لا يمكن تصور أية فرد دون دور، وتقويم الفرد يكون عاده بناء على ما يقوم به من دور أو أدوار، وعندما يضطرب الفرد يضطرب دوره، وعندما يضطرب الدور يضطرب الفرد. وثمة دراسات عديدة قد أوضحت أهمية تعليم المرصى مهارات الدور ؛ والتخلى عن الأدوار المضطربة، والمنحرفة، والسالبة، والمتحللة، والباهتة، والمريصة، وغير السوية، ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة مهارات الدور التى يبعى تعلمها لمن يحتاجها على النحو الذى يعرضه الشكل التالى والذى يعرض لـ (٥٤) مفردة:



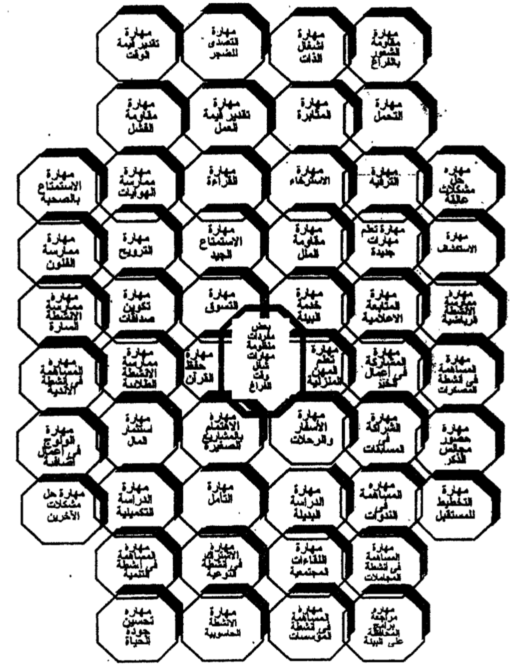
شكل رقم (٢٢) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات الدور (٥٤) مفردة

٧ – أ – ٦ – منظومة مهارات شغل وقت الفراغ:

Leisure Time Management Skills Matrix

يخطئ من يظن أن وقب فراغ الفرد ليس بقضية ... فقليل فقط هو من ينجح في استثمار وقت فراغه فيما ينفعه وينفع غيره، ولقد عبر كثير من المرضى عن معاناتهم فيما يتعلق بعجزهم عن كيفية قضاء أوقات الفراغ بشكل صحيح، ولائق، ومفيد.

هذا ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة مهارات شغل وقت الفراغ على النحو الذى يوضحه الشكل التالى والذى يعرض لـ (٥٢) مفردة:



شكل رقم (٢٣) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات شغل وقت الفراغ (٥٢) مفردة

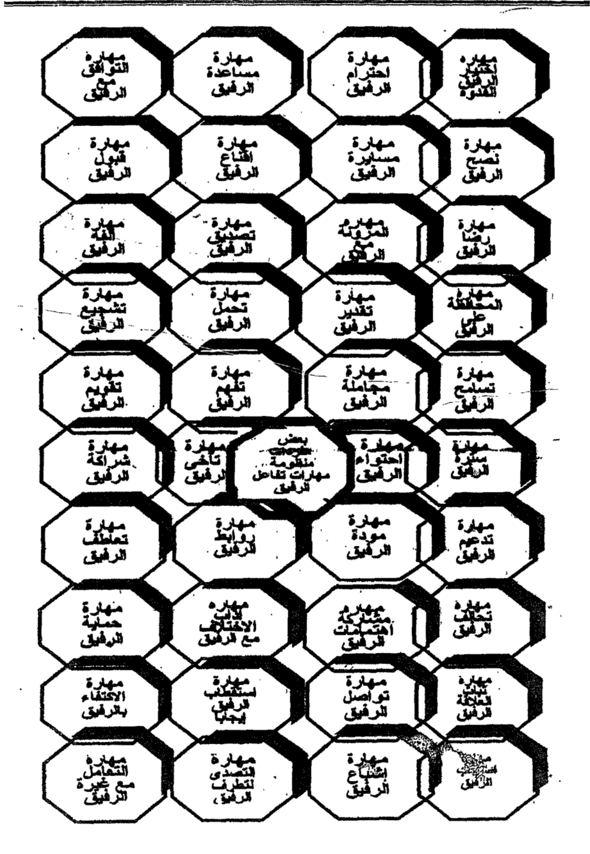
٧ - أ - ٧ - منظومة مهارات تفاعل الرفيق *Peer – interaction Skills Matrix*

بلعب الرفيق في حياة الفرد دوراً مهماً لدرجة يمكن تلمسها من المثل القائل: "لا سأل عن المرء بل اسأل عن قرينه" والمقصود رفيقه .. فالرفيق مرآة عاكسة لشخصية المرء فكل منا يختار من هو على شاكلته من الأقران، أو العكس ... فالخجول يسعى لا شعورياً لصحبة رفيق جرئ ، والحساء تسعى لا شعوريا لصحبه رفيقة أقل حسناً ، وقليل الخبرة يسعى لصحبة رفيق ثرى الخبرة . وهكذا فنحن نختار شعورياً من هم على شاكلتنا، ونختار لا سعوريا مي هم يختلفون عنا لنعورض ما بنا من نقص أو احتياج أو إثبات.

والرفيق السيء يهيئ الطريق للسوء والاصطراب، والرفيق الجيد يمكن أن يلعب حتى دور المعالج في حال المرض .. إن هذا يذكرنا بالحديث الشريف الذى ينوه عن نافخ الكير والمسك وعادة ما يطلق لفظ الرفيق على من يقع في الفئة العمرية ذاتها لدينا، وقد يحدث استثناء، وفى الفحوص التشخيصية لا غرو ان نهتم بتقديرات الرفيق، وتوجهاته، وإتجاهاته، وتقويمه، وتاريخه مع الحالة التى نشخصها وما إلى ذلك

وقد يبدو أن التفاعل مع الرفيق لا يحتاج إلى مهارات، ولكن هذا ما يبدو لغير المتخصصين، أما الأحرى – علميا – أن ذاك يتطلب مهارات ومهارات بل منظومة مهارات نرى افتقار المرضى إليها وبذلك يفقدون صداقاتهم، ورفقائهم، وأقرانهم المرة تلو المرة، ولذلك بات من الأهمية بمكان مساعده هؤلاء المرضى لتعلم مهارات التفاعل الصحى والسوى والقويم مع الرفيق، وهذا ما اوضحته دراسات عدة ركزت على أهمية بل ومغزى تعلم المهارات الاجتماعية التفاعلية مع الرفيق

هذا ويقترح المؤلف بعضا من مفردات بنية منظومة مهارات التفاعل مع الرفيق على النحو الذى يوضحه الشكل التالي والذى يعرض لـ (٤٠) مفردة:



شكل رقم (٢٤) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات تفاعل الرفيق (٤٠) مفردة

٧ – أ – ٨ – منظومة مهارات صناعة علاقة إجتماعية

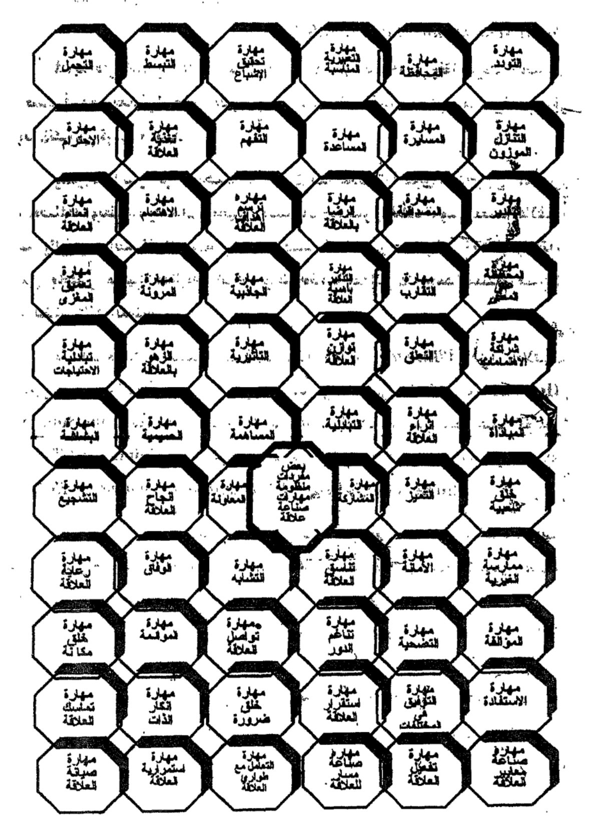
Social Relationship Making Skills Matrix

قد يدخل الفرد في علاقة إجتماعية مع فرد آخر بالصدفة، أو وفقاً لظروف خاصة، أو دون قصد، أو دون تحضير أو تجهيز بفعل عوامل مساعدة، أو قدريات، أو حظ، أو نصيب، أو ما شابه ذلك من قريب أو بعيد.

ولكن هذا ليس كل ما يحدث ... حيث ثمة علاقات أخرى تحتاج إلى تأسيس، وبناء، وصناعة، وتطوير، وإعداد، وتجهيز، وضمانات لاستمرار العلاقة، ومن بعضها علاقات الخطبة والزواج، والصداقة الحميمة وما شابه ذلك تلك التي تحتاج إلى اختيار، وانتقاء، وتدقيق، وفحص، وتمييز، ومقارنة، وإشباع، ورضا، وقناعة وما إلى ذلك مما يتطلب مهارات خاصة للقيام بتلك العمليات.

ولذلك هناك ما يسمى بمهارات البناء ***Building Skills*** أي بناء العلاقات بالآخرين وهي ما أكد أهميتها كل من هوليستر، وإيدجرتون (١٩٧٤) **(Hollister & Edgerton, 1974)**، ومهارات التطبيع ***Socialization Skills*** والتي عوّل عليها كولمان (١٩٧٥) **(Colman, 1975)**، فضلاً عن تأكيد ستون، ولاجريسا (١٩٨٤) لأهمية مهارات صناعة الصداقة ***Friendship – making Skills*** **(Stone & La Greca, 1984)**

الأمر الذي يمكن معه القول بأننا أمام منظومة من مهارات صناعة علاقة إجتماعية ناجحة لها بنية خاصة وذات مفردات عدة يقترح المؤلف بعضاً منها على النحو الذي يوضحه الشكل التالي والذي يعرض لـ (٦٦) مفردة:



شكل رقم (٢٥) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات صناعة علاقة إجتماعية (٦٦) مفردة

٧ أ ٩ منظومة مهارات التدعيم والمساعدة *Help & Support Skills Matrix*

من لا يستطيع مساعدة الآخرين لا يستطيع مساعدة ذاته، والعكس صحيح، ومن يرد تعلم مهارة مساعدة ذاته لابد له أن يتدرب أولا على مساعدة الآخرين، وتتراوح مستويات المساعدة للآخرين من نظرة تعاطف، أو كلمة طيبة وحتى الدفاع التام عن محتاج المساعدة، أو كفالته تماما، أو إطلاق الاستغراق في مشكلته لحلها وهكذا.

وأكثر أنواع المساعدات أهمية التدعيم - أى تدعيم الآخرين ... فمن السهل أن تدعم شخصا ماليا وذلك بإعطاءه حفنة جنيهات أو مبلغا من المال ... وهذا لا يحتاج إلى مهارة ... ولكن المهارة كل المهارة أن تدعمه نفسياً، أو وجدانياً وتحيله من حال التوتر والتوجس إلى حال الرضا والهدوء.

والثابت أن تلك المهارات تحتاج إلى تعلم، وتدريب، ومران، وممارسة خلال جلسات قصدية ومعنية بذلك الأمر فهى مهام علاجية، وواجبات منزلية يتم إسنادها إلى العملاء وأفراد الجماعات العلاجية لاتقان مثل هذه المهارات ذات الفائدة المزدوجة ذاتياً وغيرياً.

وحول مفردات بنية منظومة مهارات منح المساعدة والتدعيم فإن المؤلف يقترح بعضاً منها على النحو التالى والذى يعرض لـ (٧٧) مفردة:

مهارة التشجيع – مهارة التعزيز – مهارة المساندة – مهارة الموافقة – مهارة التقوية – مهارة المساعدة – مهارة النصح

مهارة الإنماء – مهارة التثبيت – مهارة الدفع – مهارة التحصين – مهارة الملاءمة – مهارة الضبط – مهارة الترميم

مهارة التحسن – مهارة التزويد – مهارة الإرشاد – مهارة الإهتمام – مهارة المعاونة – مهارة الإصغاء – مهارة الاكتراث

مهارة الطمأنة – مهارة الحماية – مهارة المشاركة – مهارة البذل – مهارة الإفادة – مهارة المرافقة – مهارة اللباقة

مهارة التقبل – مهارة التدعيم المتعدد – مهارة التواجد – مهارة الإسعاف – مهارة العطاء – مهارة الإقناع – مهارة الإشباع

مهارة الإعلاء – مهارة الإيحاء الإيجابي – مهارة التنشيط – مهارة المداومة – مهارة المصداقية – مهارة التكميل – مهارة الإغاثة

مهارة التقدير – مهارة الترحيب – مهارة الإحياء – مهارة التوجيه – مهارة مفردات منظومة مهارات التدعيم – مهارة التأييد – مهارة الانتشال – مهارة الإنجاح

مهارة المنح – مهارة التعبيرية – مهارة المحافظة – مهارة الحث – مهارة الشحذ – مهارة التأمين – مهارة التربيت

مهارة تلمس الأعذار – مهارة الترسيخ – مهارة الرعاية – مهارة الاحتواء – مهارة بث الثقة – مهارة التوسيد – مهارة الامتصاص

مهارة الترويح – مهارة إثارة الهمة – مهارة التعاطف – مهارة تدعيم الآخرين – مهارة التوكيد – مهارة سد الثغرات – مهارة البدء من جديد

مهارة بث الأمل – مهارة التعويض – مهارة الاقتراح الجيد – مهارة ملء الفراغ – مهارة الالتفاف – مهارة استدعاء ثقافة التدعيم – مهارة جمع الشتات

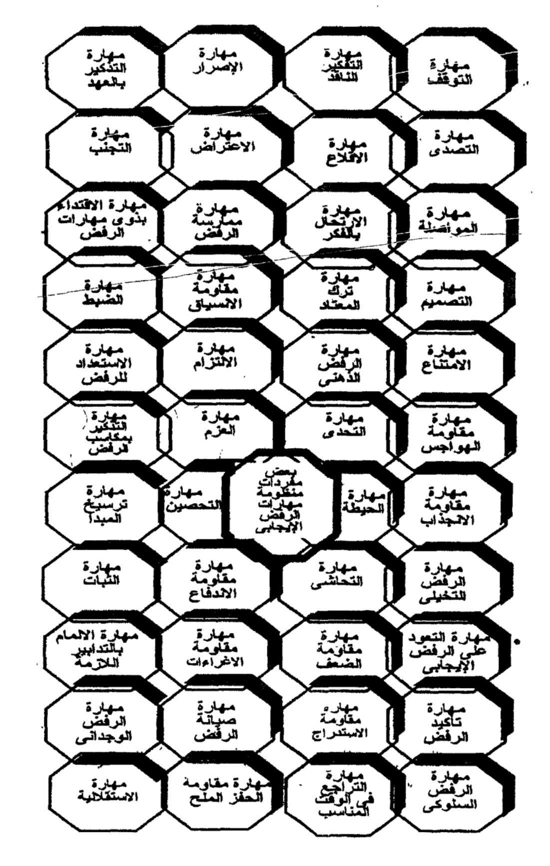
شكل رقم (٢٦) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات التدعيم (٧٧) مفردة

٧ – أ – ١٠ – منظومة مهارات الرفض الإيجابى *Positive Refusal Skills Matrix*

لا غرو في أن الرفض يحتاج إلى مهارة بل عدة مهارات ... لأن مفهوم الرفض الإيجابى المعقول المناسب المنطقى محمود العاقبة هو نتاج معادلة مهارات حتى يكون الرفض في محله ...، فهو يحتاج إلى توقيت مناسب، وتأكيد مناسب، ودحض لسواه، وثقة مناسبة، والمام وإحاطة كافية، وهكذا.

ومشكلة معظم المرضى هى سوء التوظيف الخاص بالرفض والسبب في ذلك الافتقار إلى منظومة مهارات الرفض الذى يعود بالنفع على صاحبه حتى وإن كان ذاك النفع لاحقاً وليس فورياً.

هذا ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية مهارات الرفض على النحو الذى يعرضه الشكل التالى والذى يعرض لـ (٤٤) مفردة:



شكل رقم (٢٧) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات الرفض الإيجابى (٤٤) مفردة

٧ – أ – ١١ – منظومة مهارات الوالدية *Parenting Skills Matrix*

كلنا نعرف أنه "من السهل عليك أن تنجب ولكن من الصعب أن تكون والداً جيداً" ومغزى هذه المقولة أن الوالدية مهارة شاملة أو الأحرى منظومة مهارات ليست بالهين تعلمها فكم من والدين فشلا في تربية أبنائهما، وكم من امرأة تركت وليدها في الشارع وكم من أبناء أقدمت على قتل الوالدين، وكم من أسرة مفككة، وبيوت محطمة نفسياً واجتماعياً بسبب فشل الوالدية، وعوز مهارات الوالدية، وهناك من يعزى معظم الاضطرابات التي تصيب الأبناء صغاراً وكباراً إلى فشل الآباء والأمهات وافتقارهم إلى مهارات الوالدية الجيدة.

فمهارات تربية الطفل Child – rearing Skills، ومهارات تعاملات الأسرة *Family Dealing Skills*، ومهارات العلاقة بين الأم والطفل *Mother – Child Relation Skills*، وكذلك الحال بالنسبة للأب *Father – Child Relation Skills*، والمهارات الخاصة بتعامل الأم والأب *Parent – Parent Relation Skills*، ومهارات تعامل الاشقاء تحت مظلة الوالدين *Parents – Siblings Relation Skills* إلى غير ذلك مما يشكل منظومة كبيرة خاصة بمهارات الوالدية.

وثمة دراسات عديدة قد أوضحت أهمية تعلم مهارات الوالدية للأفراد قبل الزواج أو بعده وقبل الانجاب أو بعده .... فالمهم هو تعلمها حتى وأن كان الوقت قد تأخر نسبياً ولكن الأصوب تعلمها مبكراً تجنباً لتورطات وأخطاء في حق الأبناء ... ومن تلك الدراسات التي أكدت أهمية تلك المهارات – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- دراسة ساندرز (١٩٩٩) **(Sanders, 1999)**
- دراسة هيمفيل، وليتلفيلد (٢٠٠١) **(Hemphill & Littlefield, 2001)**

هذا ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة مهارات الوالدية على النحو الذي يعرضه الشكل التالي والذي يعرض لـ (٧٧) مفردة:

مهارة الحماية الموزونة	مهارة اتساق المعاملة	مهارة التسامح الموزون	مهارة القبول اللائق	مهارة العطف الكافى	مهارة التوجيه المناسب	مهارة العدل
مهارة الالمام بالمراحل النمائية	مهارة التروى	مهارة التنشئة الإيجابية	مهارة الاحتضان	مهارة التقبيل	مهارة المساواة	مهارة التحمل
مهارة التغذية الوجدانية	مهارة توفير الأمان	مهارة التواصل	مهارة تحقيق الرضا	مهارة التدليل الموزون	مهارة الإدارة الجيدة للمنزل	مهارة استيعاب المشكلات
مهارة تقويم علاقات	مهارة الحرية الموزونة	مهارة غرس الانتماء	مهارة التأقلم الوالدى	مهارة التنظيم	مهارة اللعب الجيد لدور الوالدية	مهارة حريه مناسبة للاختيار
مهارة توحيد طرق المعاملة	مهارة الانتقاء المناسب	مهارة العقاب الموزون	مهارة الترفيه الأسرى	مهارة تحقيق الكفاءة الأسرية	مهارة الاهتمام اللائق	مهارة التناغم
مهارة التحبيب	مهارة المحافظة على المنزل	مهارة الإشراف الموزون	مهارة بث الدفء	مهارة التفهم	مهارة التعبيرية اللائقة	مهارة الاحترام المتبادلة
مهارة الاستقلالية الموزونة	مهارة الإرضاء اللائق	مهارة ممارسة التراحم	مهارة الإشباع	مهارة النصح	مهارة الانسجام	مهارة التشجيع
مهارة مقاومة قلق الأسرى	مهارة التوافق الزواجى	مهارة الاحتواء	مهارة إنماء ثقافة الأسرة	مهارة تذليل الصعوبات	مهارة الطموح الموزون	مهارة تقديم رعاية لائقة
مهارة المسئولية الموزعة	مهارة القدوة الحسنة	مهارة صياغة العلاقات	مهارة توفير المتطلبات	مهارة ممارسة الديمقراطية	مهارة المشاركة	مهارة التصرف بمنطق
مهارة غرس قيم إيجابية	مهارة الاستمرارية	مهارة تكامل جهد	مهارة المساندة	مهارة اقناع حوارى	مهارة ترابط أسرى	مهارة حل المشكلات
مهارة خلق اتجاهات إيجابية	مهارة تعلق موزون	مهارة الكفالة الجيدة	مهارة تمعير إيجابى	مهارة تحقيق استقرار	مهارة تماسك منزلى	مهارة الرقابة الحانية

بعض مفردات منظومة مهارات الوالدية

شكل رقم (٢٨) تصور مقترح لبعض مفردات منظومة مهارات الوالدية (٧٧) مفردة

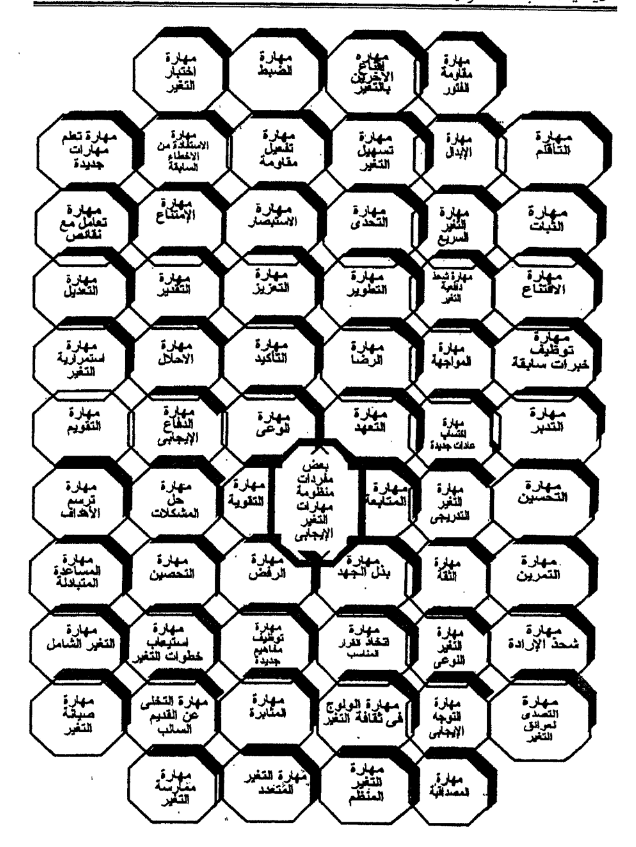
٧ – أ – ١٢ – منظومة مهارات التغير الإيجابي *Positive Change Skills Matrix*

أرقى أنواع التفاعل وأشدها فعالية تلك التي تسفر عن إحراز التغير الإيجابي (عملاً بقوله تعالى في حديثه القدسي على لسان نبينا محمد صلوات الله عليه وسلامه فيما يفيد بأن "أن يهدى الله بك رجلاً لخير من الدنيا وما فيها" صدق الله ورسوله).

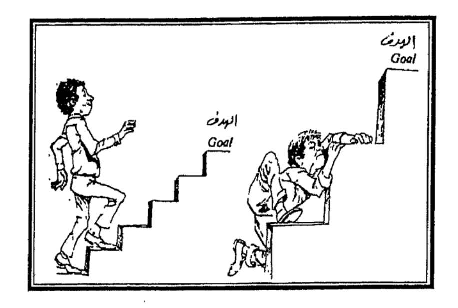
فالتغير الإيجابي هو قمة جبل التفاعل الاجتماعي. وأرقى درجاته، وأسمى خطواته، ومنتهى إجراءاته، وآخر عملياته، وثمة عوامل مساعدة لتحقيقه تتمثل في أشخاص معينة ومواقف معينة، ودافعية للتغير، ومفاهيم معينة، ومثيرات معينة، وزمن معين يقتضيه ذاك التغير.

ولقد أوضح جريني في دراسته مع آخرين (١٩٩٣) أهمية تعلم مهارات التغير الإيجابي **(Greene, *et. al.*, 1993)**

ولقد أورد المؤلف – اقتراحاً – بعضاً من مفردات بنية منظومة مهارات التغير الإيجابي على النحو الذي يعرضه الشكل التالي الذي يحوي (٦٢) مفردة:



شكل رقم (٢٩) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات التغير (٦٢) مفردة



(Martin & Poland, 1980, P. 71)

شكل رقم (٣٠) الوصول إلى الهدف وتحقيقه يحتاج أيضاً إلى مهارات حتى وإن كان الهدف ذاتياً يحتاج أيضاً إلى مهارات اجتماعية للتغير

٧ – أ – ١٣ – منظومة مهارات المنافسة الاجتماعية

Social Competency Skills Matrix

حتى التنافس الاجتماعى لابد من تعلم مهاراته، ويخطئ من يتوهم أنه مجرد منافسة لا تحتاج إلى مهارات غير المهارات محل المنافسة. ولكن الصواب أن ثمة مهارات خاصة بعملية التنافس ذاته ولا دخل لها بمهارات يتم تحديدها للتبارى فيها مثل المهارات الثقافية، والترفيهية، والرياضية، والعلمية وما إلى ذلك.

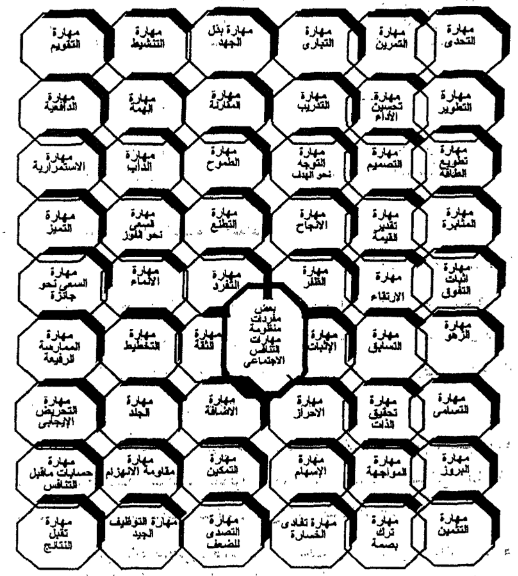
أما مهارات التنافس ... فهى مهارات تتعلق بمفهوم التنافس وخطواته، وتوظيفه، ودينامياته، ومؤهلاته، وعوامله، ومؤثراته، ومعوقاته، وميسراته وما إلى ذلك فضلاً عن المهارات الشخصية التى يتحلى بها الفرد لكى يقوم بعملية التنافس.

والتفاعل الاجتماعى لا يخلو من المنافسة بين الأقران، والأتراب، والأشقاء، والأصدقاء، والنظراء، والزملاء وما إلى ذلك .... ويمكن لنقص مهارات التنافس أن يؤدى

إلى غيره، وتطاحن، وتراشق، وهدم، وما إلى ذلك من التطورات التفاعلية غير السوية، والسلبية.

ويرى سانت لورانس في دراسته مع آخرين (١٩٩٤) ضرورة تعلم الأفراد - خاصة المرضى - لمهارات المنافسة والتنافس حتى تستقيم عمليات التفاعل الاجتماعى وتثمر (St. Lawrence, *et. al.*, 1994)

ويرى المؤلف - اقتراحاً - أن لتلك المنظومة الخاصة بمهارات التنافس الاجتماعى مفردات عدة تحدد بنيتها، ولذلك نعرض لبعضها (٥٤) مفردة على النحو الذى يوضحه الشكل التالي:



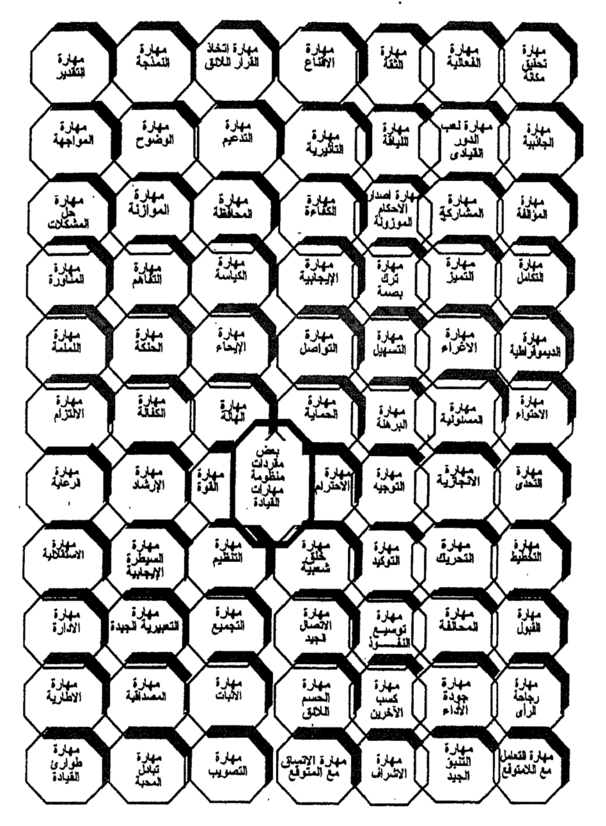
شكل رقم (٣١) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات التنافس الاجتماعى (٥٤) مفردة

٧ – أ – ١٤ – منظومة مهارات القيادة *Leadership Skills Matrix*

لم يحظ متغير بدراسة في مجال الجماعة وديناميا تها وعلم النفس الاجتماعى، وعلم النفس الاجتماعى المرضى مثلما حظى متغير القيادة نظراً لأهميته القصوى.

ولا يغيب عن ذهن الصغير والكبير القاصى والدانى المتخصص وغيره أن القيادة ما هى إلا مجموعة مهارات نصححها باصطلاح: منظومة مهارات. والسؤال الذى يمكن طرحه في هذا المضمار هو : ما جدوى دراسة مهارات القيادة أو حتى تعلمها طالما حديثنا عن تعلم مهارات لمرضى أوفئات مضطربة وما إلى ذلك .. هل سوف نحيل تلك الفئات إلى قادة مثلاً؟ والإجابة ببساطة تتجلى في الخطأ الشائع أن تعلم مهارات القيادة لا يكون إلا للقادة، أو الرؤساء، أو من شابه ذلك .... ولكن الصواب عكس ذلك تماماً لأن الفرد – خاصة المريض – يحتاج إلى أن يتعلم مهارات قيادة ذاته، واقباض السيطرة على ذاته، وسيادته وسياسته لها ... وهذا من أساسيات العلاج النفسى بتدريبات المهارات الاجتماعية .... فضلاً أن ذاك الشخص قد يكون رباً لأسرة ومطلوب منه أن يقود منزله، وأسرته، وعائلته "كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته" والمسئولية والرعاية هنا: قيادة. فضلاً عن ذلك أن تعلم مهارات القيادة يزيد الثقة بالنفس، ويثرى قدرات الفرد، فما المانع أن نصل بذاك المريض إلى مستوى أن يصبح قائداً لجماعة أياً كانت تلك الجماعة حتى وإن كانت جماعة علاجية ... فهذا أيضاً ليس بالهين ولكنه طموح واجب تحقيقه للمريض خاصة وإن كانت لديه حتى بعض الاستعدادات لذلك. ويؤكد ويلسون في دراسته مع آخرين (١٩٨٥) أهمية تعلم مهارات القيادة وأن ذلك من شأنه إصلاح النقائص النمائية في وظائف الأنا، وتحسين العلاقة بالموضوع. (Wilson, *et. al.*, 1985)

هذا ويرى المؤلف – اقتراحاً – أن لتلك المنظومة عدداً من مفردات بنيتها يعرض الشكل التالى لبعضها حيث يعرض (٧٧) مفردة مقترحة:



شكل رقم (٣٢) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات القيادة (٧٧) مفردة

٧ – أ – ١٥ – منظومة مهارات الاستقلال الاجتماعى
Social Independence Skills Matrix

ويقترب مفهوم الاستقلال الاجتماعى من مفهوم القيادة، والتفرد، والتميز، والموازنة الشخصية بين الفرد وعلاقاته بالآخر .... وهو مفهوم ارتقائى من مفاهيم الرتب العالية للتفاعل الاجتماعى.

والمفترض في تعلم مهارات الاستقلال الاجتماعى أن نبتعد بمريضنا عن مفاهيم الخضوع والكمون والتبعية والاتكالية وما إلى ذلك مما يفيد إنماء ذاته، وإنماء حيزه الشخصى حتى في علاقاته دون الجور عليها أو المساس بها سوى الانتقال به إلى الاعتماد على ذاته، والثقة بها، وأن تسير علاقاته في محدودية موزونة ومقبولة وتوسطية لائقة لا ضرر فيها ولا ضرار.

ويرى دافيز أنها من الأهمية بمكان، ويؤكد أهمية تعلم مهاراتها حتى للمرضى السيكاتريين. (Davis, 1981)

هذا ويرى المؤلف – اقتراحاً – أن لتلك المنظومة عدداً من المفردات لبنيتها يعرض بعضها الشكل التالى حيث يورد (٤٤) مفردة:



شكل رقم (٣٣) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات الاستقلال الاجتماعي (٤٤) مفردة

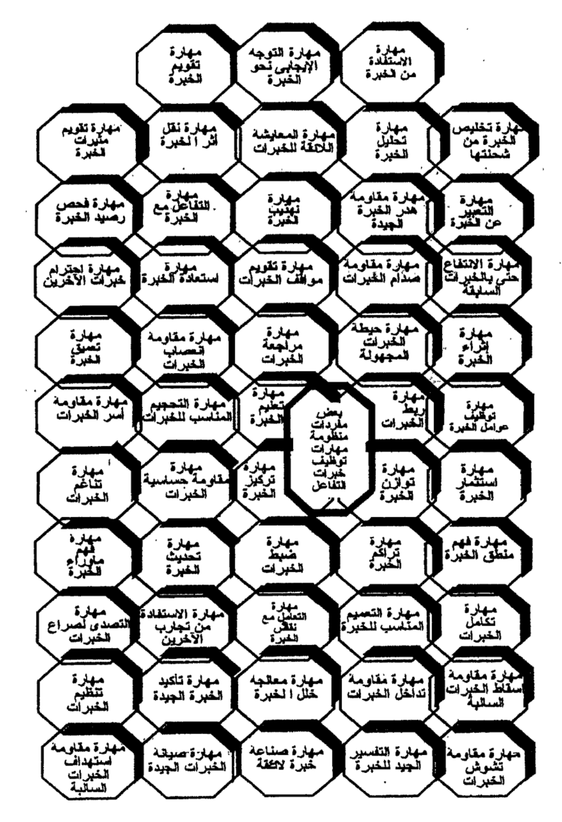
٧ – أ – ١٦ – منظومة مهارات توظيف الخبرات التفاعلية

Interactional Experiences Functioning Skills Matrix

منظومة أخرى من المنظومات الراقية في سلم التفاعل الاجتماعي وهى مهارات توظيف الخبرات التفاعلية السابقة في التفاعل الحالي والمستقبلي.

والتوظيف هنا يعني: الاستخدام، الاستدعاء، الاسترجاع، الاستعانة، الاعادة، الافادة، استخلاص المعنى والمغزى، الاستعمال، التلخيص وما إلى ذلك حيث يوظف المرء هنا عوائد خبراته السابقة لحسن التعامل مع المواقف والخبرات الحالية والمستقبلية .... والحديث هنا عن مهارات استخلاص عوائد إيجابية فقط أى استخلاص العصارة المفيدة فقط مع استبعاد العصارة السالبة التى تحتاج إلى مهارات أخرى لتحويلها إلى عصارة إيجابية وهكذا.

ويقترح المؤلف عدداً من مفردات بنية تلك المنظومة التى يتعين تعليمها للأسوياء والمرضى على حد سواء لأن كل المشكلات والصراعات تنبثق من توظيف سيء للخبرات السابقة ... وهنا تكمن أهميتها ... ويوضح الشكل المقترح التالى عدداً من مفردات بنيتها والذى يورد (٥٣) مفردة:



شكل رقم (٣٤) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات توظيف الخبرات التفاعلية (٥٣) مفردة

٧ ـ أ – ١٧ – مهارات أخرى:

مثل مهارات: المسئولية الاجتماعية، وسلوكيات الازدحام، ومهارات التسوق، ومهارات المناسبات الاجتماعية، ومهارات المجاملة، ومهارات المفاجئات، والتورطات الاجتماعية، ومهارات الجيرة، وما إلى ذلك.

٧ – بـ منظومة المهارات الاجتماعية العاطفية *Sentimental Social Skills Matrix*

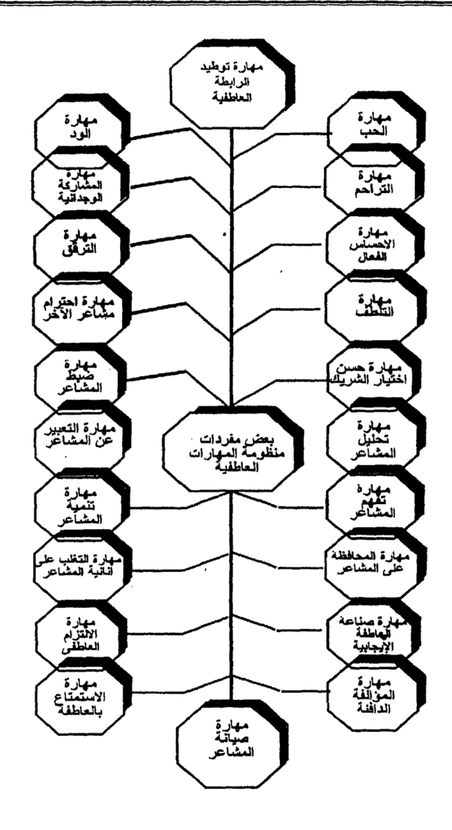
وتنقسم إلى شقين أساسيين هما:

- ❖ مهارات إجتماعية عاطفية عامة.
- ❖ مهارات اجتماعية عاطفية خاصة (عاطفة الحب الرومانتيكي للشريك)

ويرى شوارتز بالاشتراك مع ماسترز (١٩٨٤) أن تعلم المهارات العاطفية مثل مهارة الالفة والمودة *Intimacy Skills* من الأمور المهمة في تدريبات المهارات الاجتماعية **(Schwartz & Masters, 1984)**

والسؤال الذى يطرح نفسه: هل العاطفة تحتاج إلى مهارات ... فهل عندما نحب نحتاج إلى مهارات .... وتكون الاجابة بنعم .. فالحب ذاته لا يحتاج إلى مهارات وإنما تهذيب التعبير عنه بشكل لائق ومقبول هو ما يحتاج إلى مهارات، والمحافظة عليه ودوامه والارتقاء به وزيادته هو ما يحتاج إلى مهارات، وحل مشكلاته والتغلب على عوائقه وصعوباته هو ما يحتاج إلى مهارات .... والموازنة في الحب دون مغالاة أو تطرف أو مزايدة غير مقبولة .... كل ذلك يحتاج إلى مهارات والدليل أن نقص تلك المهارات هو سبب ما نسمع عنه ونراه من مشكلات عاطفية، وصدمات عاطفية، وحوادث طلاق عاطفي، وطلاق فعلي، وتهدم أسر، وتصدع عائلات، وتشرخ منازل، واغتراب وجداني، وحوادث قتل وتنكيل زواجي وأسرى بين الأبناء والآباء وما شابه ذلك من قبيل معكوس الحب وهو الكراهية. ولذلك نسمع عن الحب القاتل، والحب المجنون، والحب المستحيل، والحب المسموم، والحب الشائك، والحب المريض إلى غير ذلك .... فهل لدينا شك الآن أن الحب يحتاج إلى مهارات !!!

هذا ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة المهارات الاجتماعية العاطفية عموماً على النحو الذى يعرضه الشكل التالى (٢٢) مفردة ثم يقترح المؤلف شكلاً آخراً يحتوى على (٧٧) مفردة هى بعض مفردات بنية منظومة مهارات الحب.



شكل رقم (٣٥) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة المهارات العاطفية (٢٢) مفردة

شكل رقم (٣٦) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات الحب (٧٧) مفردة



(Martin & Poland, 1980, P. 21)

شكل رقم (٣٧) حتى في التعامل مع الجنس الآخر فإن الأمر يتطلب مهارات إجتماعية وأحياناً عاطفية

٧ – جـ – منظومة المهارات الاجتماعية المهنية *Vocational Social Skills Matrix*

ويقصد بها تلك المهارات الاجتماعية المستخدمة في مجال العمل والوظيفة والمهنة بشكل عام بصرف النظر عن نوع المهنة والمنصب وما شابه ذلك . ويفيد تعلم هذه المهارات في خفض المعاناة المهنية، وتحقيق التوافق المهنى، وإشباع الذات المهنية، والمحافظة على الصحة المهنية وما إلى ذلك.

وثمة دراسات عديدة قد أوضحت أهمية تعلم مثل هذه المهارات في برامج التدريبات العلاجية للمهارات الاجتماعية ومنها – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- دراسة تسانج، وبيرسون (٢٠٠٠) (Tsang & Pearson, 2000)
- دراسة تسانج (٢٠٠١) (Tsang, 2001)

هذا ويقترح المؤلف عدداً من بعض مفردات بنية منظومة المهارات الاجتماعية المهنية على النحو الذى يوضحه الشكل التالى والذى يورد (٦٦) مفردة:



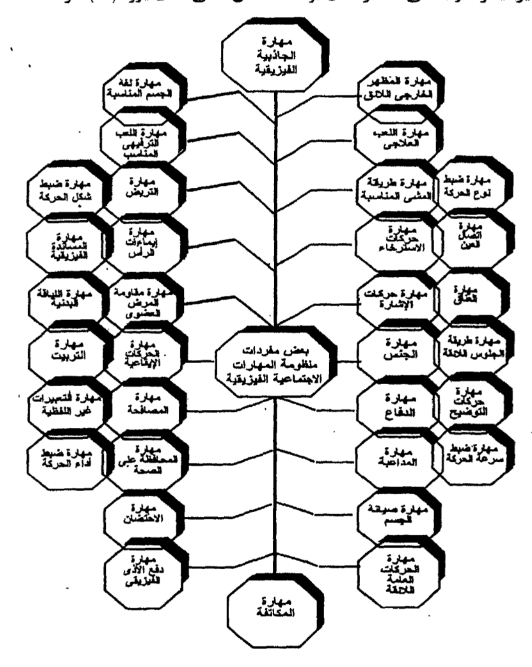
شكل رقم (٣٨) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة المهارات المهنية (٦٦) مفردة

٧ — د- منظومة المهارات الاجتماعية الفيزيقية والحركية

Physical & Motor Social Skills Matrix

ويقصد بها تلك المهارات الحركية التى تظهر في العلاقات الاجتماعية للأفراد مثل المشى، والسير، واللعب، والرياضة، والرقص، ولغة الجسم المناسبة، ... إلخ وثمة دراسات عدة أوضحت أهميتها وأهمية تعلمها ضمن برامج المهارات الاجتماعية

هذا ويقترح المؤلف عدداً من بعض مفردات بنية منظومة المهارات الاجتماعية الفيزيقية والحركية على النحو الذى يوضحه الشكل التالى الذى يورد (٣٤) مفردة:



شكل رقم (٣٩) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة المهارات الاجتماعية الفيزيقية (٣٤) مفردة

٧ – هـ – منظومة المهارات الاجتماعية الحياتية والمعيشية:

وعادة ما تأخذ عدة اصطلاحات إنجليزية منها:

- *Living Skills Matrix*
- *Life Social Skills Matrix*
- *Survivor Skills Matrix*
- *Daily Living Skills Matrix*
- *Routine Skills Matrix*
- *Lifeway Skills Matrix*
- *Life – style Skills Matrix*

والمقصود بها – عموماً – تلك المهارات التى نلجأ إليها، ونستخدمها، ونستعملها في حياتنا المعتادة اليومية، ومعيشتنا الروتينية لقضاء مستلزماتنا واستمرار حياتنا، وهى كثيرة ومتعددة بشكل يصعب حصره، ولكن يمكن تقسيمها إلى:

- مهارات حياتية يومية عامة.
- مهارات حياتية يومية خاصة.
- مهارات حياتية دورية عامة.
- مهارات حياتية دورية خاصة.
- مهارات حياتية مؤقتة عامة.
- مهارات حياتية مؤقتة خاصة.
- مهارات حياتية نادرة خاصة.

وثمة دراسات عديدة قد أوضحت أهميتها وأهمية تعلمها خاصة لذوى الاحتياجات الخاصة، وبعض فئات الفصام، وأطفال التوحد، وفئات الاعتماد العقاقيرى، واضطرابات التجسد، وحالات العته، وأمراض الشيخوخة ... إلخ ومن تلك الدراسات – مثالاً لا حصراً – ما يلى:

- ❖ دراسة جولدسيلفر، وجرونيير (٢٠٠١) (Goldsilver & Gruneir, 2001)
- ❖ دراسة رودر مع آخرين (٢٠٠١) (Roder, *et. al.*, 2001)

٧ – و – منظومة المهارات الاجتماعية المعرفية: ***Cognitive Social Skills Matrix***

أو ما يطلق عليها المهارات المعرفية في المجال الاجتماعي .... وقد يخطئ من يظن أننا نستخدم مهاراتنا المعرفية فقط في الدراسة، والاستذكار، والتحصيل، والاختبار، وما شابه ذلك ولكن الأصوب أننا نستخدمها أيضاً حتى في علاقاتنا الاجتماعية سواء البسيطة أو المركبة الأحادية أو الثنائية أو المتعددة.

وعن أهمية تعلم المهارات المعرفية ضمن سياق تدريبات المهارات الاجتماعية يؤكد مايرز (١٩٧٤) ذلك (Meyers, 1974) ويؤيده ساراسون، وساراسون (١٩٨١) كذلك. (Sarason & Sarason, 1981)

وهناك دراسات تنوه عن تلك المهارات عموماً، وهناك ما يعنى بمهارات معرفية معينة نظراً لأهميتها وفائدتها، ونعرض فيما يلي لبعض تلك المهارات وبعض دراساتها:

٧ – و – ١ – مهارات حل المشكلات ***Problem – solving Skills***

ومن دراساتها التي توضح أهميتها في مجال المهارات الاجتماعية – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- ❖ دراسة بوتومليي (١٩٩٨) (Bottomley, 1998)
- ❖ دراسة سبايولدنج مع آخرين (١٩٩٩) (Spaulding, *et. al.*, 1999)

٧ – و – ٢ – مهارات المحادثة ***Conversational Skills***

ومن دراساتها أيضاً في ذاك المجال – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- ❖ دراسة سوزمان مع آخرين (١٩٩٣) (Sussman, *et. al.*, 1993)
- ❖ دراسة بوركيه، وفان هاسيلت (٢٠٠١) (Bourke & Van Hasselt, 2001)

٧ – و – ٣ – مهارات تقبل النقد ***Criticism Accepting Skills***

نظراً لأن النقد يمثل تهديداً للذات من الآخر فإن تقبله مسألة غير سهلة أو بالأحرى عسيرة وتحتاج إلى مهارة بل عدة مهارات حتى يمكننا تقبل النقد والرضا به والقناعة به والعمل عليه وما شابه ذلك. وثمة دراسات أوضحت أهمية تعلم مهارات تقبل النقد ضمن سياق تدريبات المهارات الاجتماعية منها – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- ❖ دراسة شيرمان مع آخرين (١٩٩٢) (Sherman, *et. al.*, 1992)
- ❖ دراسة كوين مع آخرين (١٩٩٢) (Quinn, *et. al.*, 1992)

٧ – و – ٤ – مهارات اتخاذ القرار *Decision – Making Skills*

وثمة دراسات أيضاً قد أوضحت أهمية تعلم مهارات إتخاذ القرار لدرجة أن هناك بعض الجماعات العلاجية تخصص فقط من أجل هذا الهدف ويطلق عليها أسم جماعات إتخاذ القرار أو صناعته. ومن تلك الدراسات – مثالاً لا حصراً – ما يلى:

- ❖ دراسة كيوفى (١٩٩٨) (Cioffi, 1998)
- ❖ دراسة كيمكا (٢٠٠٠) (Khemka, 2000)

٧ – و – ٥ – المهارات التعبيرية *Expressing Skills*

لا جدل حول مدى أهمية المهارات التعبيرية التى قد تعد حجر زاوية .. فكل ما ينقل لنا وعنا يتم عن طريق التعبير سواء أكان لفظى أم غير لفظى، وثمة دراسات عديدة قد أوضحت أهمية تعلم مثل هذه المهارات ضمن سياق تدريبات المهارات الاجتماعية ومنها – مثالاً لا حصراً – ما يلى:

- ❖ دراسة فان دين برينك (١٩٩١) (Van Den Brink, 1991)
- ❖ دراسة موتاك (١٩٩٦) (Motak, 1996)



(Halloran, 1978, P. 288)

شكل رقم (٤٠) مهارة إتخاذ القرار الصائب في الوقت المناسب مهارة إجتماعية وسواها يعد مخاطرة كبيرة وكلما اتقنها الفرد تلاشى ما بها من مخاطرة

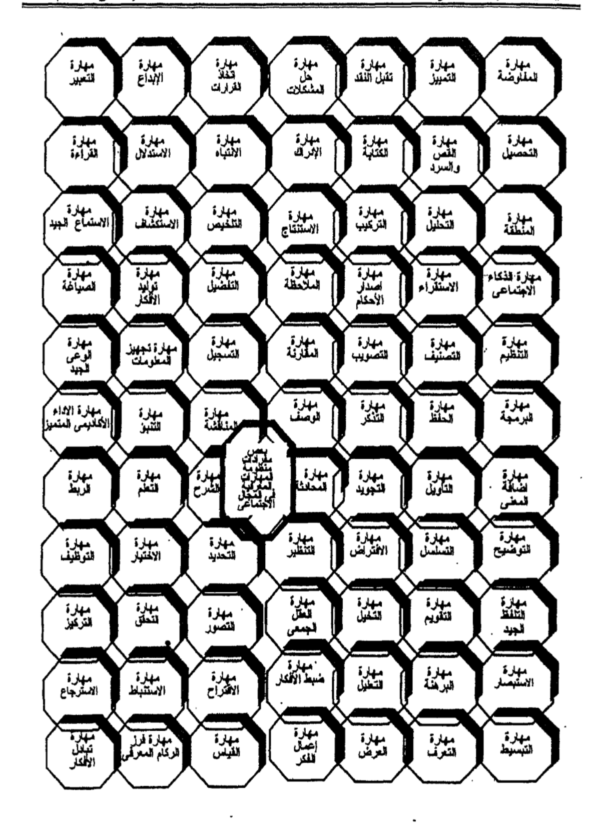
٧ – و – ٦ – مهارات المفاوضة *Negotiating Skills*

وتشمل مهارات المفاوضة، والجدل، والحوار، والمحاورة، والمناقشة، والمساومة، وما إلى ذلك وهي مهارات نتعرض لها سواء في المجال الاجتماعي، أو السياسي أو الاقتصادي وما شابه ذلك وثمة دراسات عديدة أوضحت أهمية تعلمها منها – مثالاً لا حصراً – ما يلي:

- دراسة بلومي مع آخرين (١٩٩٤) **(Blume, *et. al.*, 1994)**
- دراسة سانت لورانس مع آخرين (١٩٩٤) **(St. Lawrence, *et. al.*, 1994)**

٧ – و – ٧ – مهارات معرفية أخرى:

- مهارات القص والسرد *Narrative Skills* وهذا ما أوضحته دراسة مايروتز، ودريسكيل (١٩٧٥). **(Meyerowitz & Driskill, 1975)**
- المهارات الإدراكية *Perceptual Skills* وهذا ما أوضحته دراسة كل من كلانسي، وماكبريد (١٩٧٥). **(Clancy & Mc Bride, 1975)**
- مهارات الاستكشاف *Detection Skills* وهذا ما أوضحته دراسة دودج مع آخرين (١٩٨٤). **(Dodage, *et. al.*, 1984)**
- مهارات الاستماع *Listening Skills* وهذا ما أوضحته دراسة فان دين برينك (١٩٩١). **(Van Den Brink, 1991)**
- مهارات اتباع التعليمات *Instructions Following Skills* وهذا ما أوضحته دراسة شيرمان مع آخرين (١٩٩٢). **(Sherman, *et. al.*, 1992)**
- المهارات الاكاديمية *Academic Skills* متضمنة مهارات الكتابة *Writing Skills*، ومهارات كتابة الملحوظات *Notes Taking Skills* وغيرهما، وهذا ما أوضحته دراسة باردين (١٩٩٧).* **(Bardine, 1997)**
- المهارات التعليمية *Educational Skills* وهذا ما أوضحته دراسة تايوبمان مع آخرين (٢٠٠١). **(Taubman, *et. al.*, 2001)**
- هذا ويقترح المؤلف بعضاً من المفردات الخاصة ببنية منظومة المهارات الاجتماعية المعرفية على النحو الذي يوضحه الشكل التالي والذي يعرض: (٧٧) مفردة:



شكل رقم (٤١) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة المهارات المعرفية في المجال الاجتماعى (٧٧) مفردة

٣ - ز - منظومة المهارات بين الشخصية *Interpersonal Skills Matrix*

وهى مهارات تتعلق بالمساحة بين الذات والآخرين، وتختص بالمسافة العلائقية بين الذات والآخرين، وثمة دراسات عديدة أوضحت أهميتها، وأكدت ضرورة تعلمها وإن كانت تلك بعض من الدراسات التى ركزت على أهمية المهارات بين الشخصية، فإن ثمة بعضها الآخر قد ركز على مهارات فرعية أو متفرعة منها مثل ما نعرضه الآن:

- **مهارات السيادة** *Mastery Skills* وهذا ما أشارت إليه دراسة كوردر بالاشتراك مع وايتسايد (١٩٩٠) (Corder & Whiteside, 1990)، ودراسته أيضاً بالاشتراك مع آخرين في العام ذاته في الموضوع ذاته (Corder, *et. al.*, 1990) والمقصود بتلك المهارات كيف يمكن سياسة الذات فى تعاملها، والإمساك بزمام الأمور، وضبطها، وقيادتها، وإحكام قبضة الذات على الذات دون انفلات، وكيف يمكن سيادتها إيجاباً فى المواقف التى تمر بها مع آخرين.

- **مهارات تدبر الذات** *Self – management Skills* أى تدبر أمور الذات، وتدبر أحوالها وتدبر قضاياها، وتعاملاتها مع الآخرين، وتصريف أمورها وما شابه ذلك، ولقد أوضحت دراسة كرير بالاشتراك مع بيرنز أهمية ذلك (١٩٧٩). (Creer & Burns, 1979) وكذلك حال دراسة ليبرمان مع إيفانز (١٩٨٥). (Liberman & Evans, 1985)

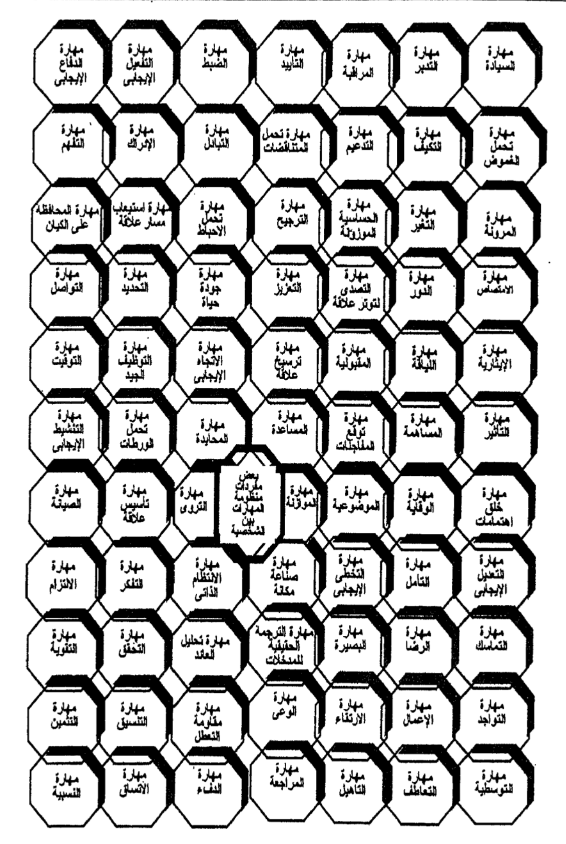
- **مهارات مراقبة الذات وملاحظتها** *Self – monitoring Skills* والتى سبق الإشارة إلى ضرورة تعلمها في برامج ضبط الذات، ولقد أوضحت دراسة كرير، وبيرنز أهميتها (١٩٧٩).(، وكذلك حال دراسة بين مع آخرين (١٩٩٩). (Penn, *et. al.*, 1999)، ودراسة كل من كولموجوروفا، وجارانجان (٢٠٠١). (Kholmogorova & Garanjan, 2001)

- **مهارات تأييد الذات والزود عنها** *Self – advocacy Skills*، وهذا ما أوضحته دراسة سيفيرت مع آخرين (١٩٨٨) (Sievert, *et. al.*,).

- **مهارات فعالية الذات** *Self-efficacy skills* وهذا ما أوضحته دراسة أبيل مع آخرين (١٩٩٠). (Abel, *et. al.*, 1990)

- **مهارات ضبط الذات** *Self – Control Skills* والتى تشمل مهارات مراقبة الذات وتعزيز الذات، وتقويم الذات، ومجاهدة الذات، ومقاومة الاغراءات والحفز الملح ... إلخ وهذا ما أوضحته دراسة وبسترستراتون (١٩٩٤). (Webster – Stratton, 1994)

هذا ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة المهارات بين الشخصية على النحو الذى يوضحه الشكل التالى والذى يورد لـ (٧٧) مفردة:



شكل رقم (٤٢) تصور مقترح لبعض بنية منظومة المهارات بين الشخصية (٧٧) مفردة

٧ – ح – منظومة المهارات الاجتماعية الجنسية ***Sociosexual Skills Matrix***

رغم أن هناك ما يسمى بالجنس الذاتى *Self – sexuality* فإن لا جدل حول أن الجنس أحد مظاهر الحياة الاجتماعية .. فلا غرو من تسميته جماع لأنه يجمع بين اثنين ذكر وأنثى. ويخطئ من يظن أن الجنس بمعزل عن التأثيرات الاجتماعية أو بمعزل عن العلاقة الاجتماعية ... وكثيراً ما سمعنا عن علاقات جنسية فاشلة بسبب فشل العلاقة الاجتماعية أساساً والحقيقة أن الجنس وممارسته ليست مجرد إيلاج عضو ذكرى في عضو أنثوى .. ولكن الأحرى أنه إيلاج ثقافة في ثقافة، ومنظومة في منظومة، ووعى في وعى، وخيال في خيال وخلايا في خلايا واحساس فى احساس، وأفكار فى أفكار، وحياة فى حياة لخلق حياة .. وهكذا هذا هو الجنس اللائق، والمناسب، والراقى، والفعال، والهادف، والبناء، والمشبع ... وهذا ما يجب تعليمه للأفراد تجنباً للاضطرابات الجنسية، والصراعات الجنسية، والتورطات، والانحرافات، واللامقبوليات.

ولذلك بات من الضرورى تعلم تلك المهارات ضمن برامج التدريبات العلاجية للمهارات الاجتماعية وبرامج العلاج الجنسى، وبرامج العلاج الزواجى، والارشاد الأسرى، والتدخلات العلاجية للثنائيات وما شابه ذلك.

ويمكن إلقاء الضوء – اقتراحاً – على بعض من تلك المهارات على سبيل الإشارة فقط مثل: مهارات: الضبط، والتوقيت، والدفء، والتلطف، والترقق، والترفق، والتقدير، والانتظار، والاشباع، والرضا، والارضاء، والايثارية، والتجديد، والتبادلية، ومقاومة الروتينيات تجنباً للملل، وتلمس الأعذار، وأعمال الخيال، والايحاء وتعميق مفهوم التودد، والشراكة، والتقبل، والتعبيرية الجيدة المناسبة، واللياقة، والتواصل الحسى، وإثراء الرصيد العاطفى، والتفاهم، والانسجام، والتناغم، والاحتواء، والاعتبارية، والتقديم للنفس، والتعزيز، وستر العيوب، والمحافظة على سرية العلاقة، وخصوصياتها، والمديح، والثناء، والاستمرارية، والسعى نحو إسعاد الشريك، وتجنب الإهانة أو التجريح والصبر ومقاومة الاحباط، والاقتداء، وتحسين صورة الذات وصورة الشريك، والتسامى، والتهذب، والمحافظة على أخلاقيات العلاقة، وتقديس آدابها، وما إلى ذلك مما يضمن حياة جنسية مستقرة وسعيدة.

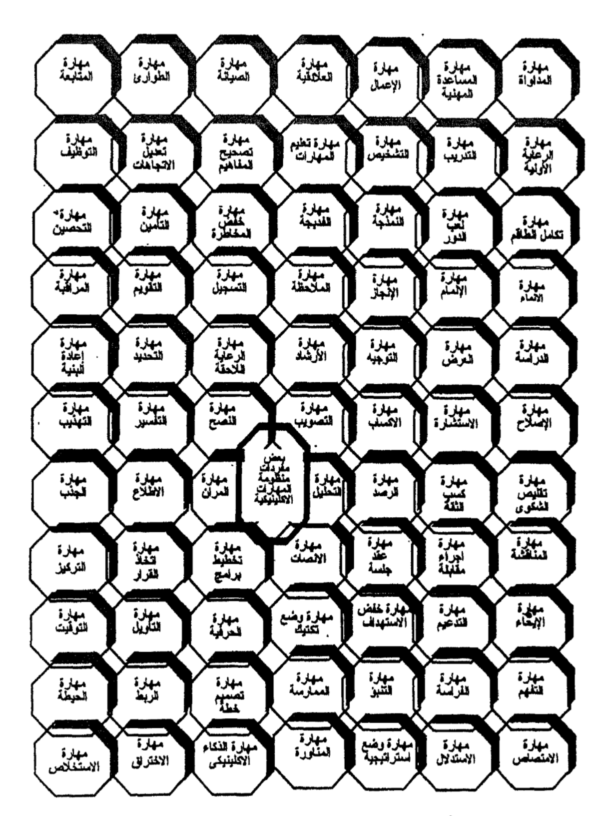
٧ – ط – منظومة المهارات الاجتماعية الاكلينيكية Clinical Social Skills Matrix

والمقصود بالمهارات الاكلينيكية هنا أي تلك المهارات التى يجب أن يتقنها أفراد الطاقم العلاجي والراعي المتعامل مع الفئات المرضية والمضطربة. لعل هذا يوضح أن المهارات لا تعلم فقط للمرضى بل تعلم أيضاً لطاقم العلاج.

ويخطئ من يظن أن المهارات الاكلينيكية للطاقم بمعزل عن المهارات الاجتماعية ... لأن الطاقم حين يستخدم تلك المهارات – رغم أنها علاجية – يستخدمها في إطار علاقة بمريض أو جماعة مرضى ... فهى إذن علاقة اجتماعية قائمة على حوار وتفاعل وأخذ وعطاء وتأثر وتأثير ومعايير وروابط وتحالف وتماسك ومحاكاة ... إلخ واستخدام المهارات الاكلينيكية يكون تحت مظلة تلك العلاقة الاجتماعية التى تنشأ بين المريض والمعالج أو بين الجماعة والمعالج أو بين المريض والجماعة والطاقم ... فلا يمكن فصل المهارة الاكلينيكية عن المهارة الاجتماعية إلا إذا استخدمت المهارة الاكلينيكية في المعمل مع مواد كيماوية أو محاليل لأن ذلك لا يستدعى قيام علاقة .... أما في التعاملات البشرية فيجب ألا يستقل استخدام المهارة الاكلينيكية عن المهارة الاجتماعية ... ومن يرى غير ذلك فهو مخطئ ويفتقر إلى التمييز بين المتشابهات والمختلفات ... وثمة دراسات عديدة قد ألقت الضوء على المهارات الاكلينيكية تلك وعلى مدى أهمية تعلمها لأفراد الطاقم لانجاح العمليات التدخلية ومنها – مثالاً لا حصراً – ما يلى:

- دراسة أونو مع آخرين (٢٠٠٠) (Ohno, *et. al.*, 2000)
- دراسة جوسارت والكر، وموس (٢٠٠٠) (Cossart – Walker & Mass, 2000)

هذا ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة تلك المهارات على النحو الذى يوضحه الشكل التالي والذى يورد (٧٧) مفردة:



شكل رقم (٤٢) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة المهارات الاكلينيكية (٧٧) مفردة

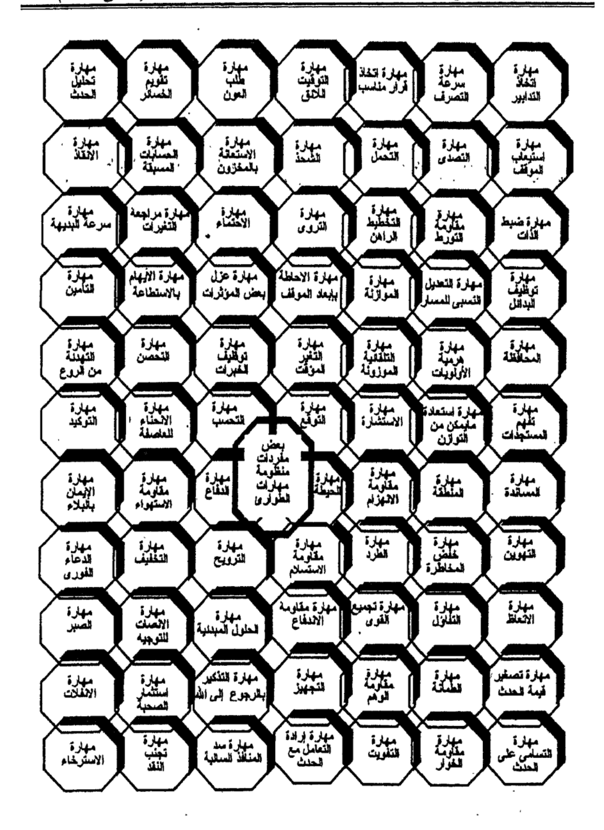
٧ – ى – منظومة مهارات الطوارئ *Emergency Skills Matrix*

ويقصد بها مجموعة المهارات التى يجب تعلمها للتعامل مع وفى الحالات الآتية:

- ❖ الحوادث
- ❖ المصائب
- ❖ المصاعب
- ❖ المشكلات
- ❖ الكوارث
- ❖ المحن
- ❖ الشدائد
- ❖ احداث الحياة الضاغطة
- ❖ المواقف السالبة
- ❖ المستجدات
- ❖ المفاجئات
- ❖ التغيرات اللامتوقعة
- ❖ الصدمات
- ❖ الأزمات
- ❖ الطامات
- ❖ النوازل

إلى غير ذلك مما نسميه بالطوارئ النفسية الاجتماعية ... وهى عبارة عن عدة مهارات للتعامل، والتصرف، والسلوك حيال تلك المواقف والأحداث والتغيرات والضروريات التى تستوجب الابقاء على الكيان النفسى ومقاومة الزعزعة أو الخلخلة أو الانهيار أو التصدع وما إلى ذلك ... والتى يفترض أن يكون لكل منا قدراً منها للزود عن نفسه وعن هويته وعن الآخرين ولكن بإيجابية وتفعيل لائق .... وليس العكس.

هذا ويقترح المؤلف بعضاً من مفردات بنية منظومة تلك المهارات على النحو الذى يوضحه الشكل التالى والذى يورد لـ (٧٧) مفردة:



شكل رقم (٤٤) تصور مقترح لبعض مفردات بنية منظومة مهارات الطوارئ (٧٧) مفردة

ثالثاً: تعليق

ويتضح مما سبق أن وجهة نظر المؤلف المصرحة والخاصة بالتحليل التكاملي لمخرجات البنية التفاعلية لمنظومة متغير قد تم تطبيقها فيما تختص بالمهارات الاجتماعية ولقد أسفر ذلك عن حصر حوالى (١٤٠١) مهارة وكان من الممكن أن تفتت أكثر من ذلك، ولكن اكتفى المؤلف بذاك التصور.

كذلك يمكن ملاحظة تواتر ذكر بعض المهارات القليلة في أكثر من تصنيف، وفى أكثر من تقسيم، وفى أكثر من منظومة وهذا يثبت التكامل، والتفاعل ... فكل مهارة تعد متكاملة مع آخرى، ومتفاعلة مع أخرى، ومصفوفة جنب آخرى، ومؤثرة في أخرى ومتأثرة بأخرى ... وهذا فائدة التحليل والفحص والفرز والتنقيب والنبش وما إلى ذلك.

الأمر الذى يمكن معه القول أنه تم توفير كثير من الوقت والجهد على دارس المهارات الاجتماعية، وعلى المعالج بهذا المنهج في تحديد أو اختيار أو انتقاء ما يشاء أو ما يراه مناسباً من تلك المهارات في وعائها المصنف والمجزأ لكى يدرب عليها مرضاه أو عملائه الذين تعوزهم تلك المهارات.

References

1- Abel, E. A., *et. al.*, (1990) : Psoriasis patient support group and self – care efficacy as an adjunct to day care center treatment, *International Journal of Dermatology,* 29 (9) : 640 – 643.

2- Bardine, B., (1997): Working with learning disabled writers: Some perspectives: Research to practice, Special Report, (p. 5).

3- Blume, T. W., *et. al.*, (1994): Social role negotiation skills for substance – abusing adolescents: A group model, *Journal of Substance Abuse Treatment,* 11 (3): 197 – 204.

4- Bottomley, A., (1998): Group cognitive behavioral therapy with cancer patients: The views of women participants on a short – term intervention, *European Journal of Cancer Care,* 7 (1): 23 – 30.

5- Bourke, M. L. & Van Hasselt, V. B., (2001): Social problem – solving skills training for incarcerated offenders. A treatment manual, *Behavior Modification,* 25 (2): 163 – 188.

6- Cioffi, J., (1998): Education for clinical decision making in midwifery practice, *Midwifery,* 14 (1): 18 – 22.

7- Clancy, H. & McBride, G., (1975): The isolation syndrome in childhood, *Developmental Medicine & Child Neurology,* 17 (2): 198 – 219.

8- Corder, B. F., *et. al.*, (1990) : A pilot study for a structured, time – limited therapy group for sexually abused pre – adolescent children, *Child Abuse & Neglect,* 14 (2) : 243 – 251.

9- Corder, B. F. & Whiteside, R., (1990): Structured role assignment and other techniques for facilitating process in adolescent psychotherapy groups, *Adolescence,* 25 (98): 343 – 357.

10- Creer, T. L. & Burns, K. L., (1979): Self – management training for children with chronic bronchial asthma, *Psychotherapy & Psychosomatics,* 32 (1 – 4): 270 – 278.

11- Davis, A. G., (1981): Goal attainment of psychiatric clients after group experience to learn social independence skills, *Issues on Mental Health Nursing,* 3 (1 – 2): 159 – 183.

12- Farrar, S. D., (1995): A social skills measure for adults with mild or moderate mental retardation: Development of the measure of observable social skills, *Dissertation Abstracts International,* 57 (2 – B): 1424.

13- Fowers, B. J., (2001): The limits of a technical concept of a good marriage: Exploring the role of virtue in communication skills, *Journal of Marital & Family Therapy,* 27 (3): 327 – 340.

14- Goldsilver, P. M. & Gruneir, M. R., (2001): Early stage dementia group: An innovative model of support for individuals in the early stages of dementia, *American Journal of Alzheimer Diseases & Other Dementia,* 16 (2): 109 – 114.

15- Greene, J. A., *et. al.,* (1993): Group psychotherapy for patients with dementia, *South Medical Journal,* 86 (9): 1033 – 1035.

16- Halloran, J., (1978): Applied human relations, New Delhi: Prentice – Hall of India.

17- Hemphill, S. A. & Littlefield, L.,(2001):Evaluation of a short–term group therapy program for children with behavior problems and their parents, *Behavior : Research & Therapy,* 39 (7) : 823 – 841.

18- Hogarty, G. E., *et. al.,* (1991): Family psychoeducation, social training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Two – year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental – personal indicators in the course of schizophrenia (EPICS) research group, *Archives of General Psychiatry,* 48 (4): 340 – 347.

19- Hollister, W. G. & Edgerton, J. W., (1974): Teaching relationship – building skills, *American Journal of Public Health,* 64 (1): 41 – 46.

20- Hosin, A. A., (2001): Children of traumatized and exiled refugee families: Resilience and vulnerability: A case study report, *Med. Confl. Surviv.*, 17 (2) : 137 – 145.

21- Khemka, I., (2000) : Increasing independent decision – making skills of women with mental retardation in simulated interpersonal situations of abuse, *American Journal of Mental Retardation,* 105 (5) : 387 – 401.

22- Kholmogorova, A. & Garanjan, N., (2001): A combination of cognitive and psychodynamic components in the psychotherapy of somatoform disorders, *Psychotherapy of Psychosomatics & Medical Psychology,* 51 (5): 212 – 218.

23- Laudet, A. B., *et. al.,* (2000): Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis, *Community & Mental Health Journal,* 36 (5): 457 – 476.

24- Liberman, R. P. & Evans, C. C., (1985): Behavioral rehabilitation for chronic mental patients, *Journal of Clinical Psychopharmacology,* 5 (3): 8 – 14.

25- Meyerowitz, J. H. & Driskill, L. P., (1975): Using narrative skills in the rehabilitation of hospitalized drug addicts, *Hospitals & Community Psychiatry,* 26 (6): 335 – 339.

26- Motak, E., (1996): The family's emotional environment and social skill level in schizophrenia, *Psychiatria Polish,* 30 (6): 929 – 938.

27- Ninness, H. A., *et. al.,* (1995): The effect of a self – management training package on the transfer of aggression control procedures in the absence of supervision, *Behavior Modification,* 19 (4) : 464 – 490.

28- Ohno, T., *et. al.,* (2000): Psychophysiological correlates of social skills deficits in persons with schizophrenia, *Psychiatry Research,* 100 (3): 155 – 167.

29- Penn, D. L., *et. al.,* (1999): Social cognition and social skills in schizophrenia: The role of self – monitoring, *Journal of Nervous & Mental Disorders,* 187 (3): 188 – 190.

30- Pilkonis, P. A., *et. al.*, (1980): Training complex social skills for use in a psychotherapy group: a case study, *International Journal of Group Psychotherapy*, 30 (3): 347 – 356.

31- Quinn, J. M., *et. al.*, (1992): Social validation of component behaviors of following instructions, accepting criticism and negotiating, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25 (2): 401 – 413.

32- Roder, V., *et. al.*, (2001): Improving recreational, residential and vocational outcomes for patients with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 52 (11): 1439 – 1441.

33- Sanders, M. R., (1999) : Triple P - Positive parenting program : Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children, *Clinical Child & Family Psychology Review*, 2 (2) : 71 – 90.

34- Sarason, I. G., & Sarason, B. R., (1981): Teaching cognitive and social skills to high school students, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 49 (6): 908 – 918.

35- Schwartz, M. F. & Masters, W. H., (1984): The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men, *American Journal of Psychiatry*, 141 (2): 173 – 181.

36- Sherman, J. A., *et. al.*, (1992): Social evaluation of behaviors comprising three social skills and a comparison of the performance of people with and without mental retardation, *American Journal of Mental Retardation*, 96 (4): 419 – 431.

37- Sievert, A. L., *et. al.*, (1988): Training self – advocacy skills to adults with mild handicaps, *Journal of Applications of Behavior Analysis*, 21 (3): 299 – 309.

38- Spaulding, W. D., *et. al.*, (1999): Effects of cognitive treatment in Psychiatric rehabilitation, *Schizophrenia Bulletin*, 25 (4): 657 – 676.

39- St. Lawrence, J. S., *et. al.*, (1994): Cognitive – behavioral group intervention to assist substance – dependent

adolescents in lowering HIV infection risk, *AIDS : Education & Prevention,* 6 (5) : 425 – 435.

40- Stone, W. L. & La Greca, A. M., (1984): Comprehension of nonverbal communication: A reexamination of the social competencies of learning – disabled children, *Journal of Abnormal Child Psychology,* 12 (4) : 505 – 518.

41- Sussman, S., *et. al.,* (1993): Refusal assertion vr. Conversational skill role – play competence: Relevance to prevention of tobacco use, *Stat. Medicine,* 12 (3 – 4): 365 – 376.

42- Taubman, M., *et. al.,* (2001) : The effectiveness of a group discrete trial instructional approach for preschoolers with developmental disabilities, *Researches on Developmental Disabilities,* 22 (3) : 205 – 219.

43- Tsang, H. & Pearson, V., (2000) : Reliability and validity of a simple measure for assessing the social skills of people with schizophrenia necessary for seeking and securing a job, *Canadian Journal of Occupational Therapy,* 67 (4) : 250 – 259.

44- Tsang, H. W., (2001): Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation for people with schizophrenia, *Journal of Nervous & Mental Disorders,* 189 (2): 90 – 98.

45- Van Den Brink, R. H., (1991): Effects of social skills training for the elderly, *Tijdschr. Gerontol. Geriatri.,* 22 (5) : 173 – 180.

46- Webster – Stratton, C., (1994): Advancing videotape parent training: A comparison study, *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 62 (3): 583 – 593.

47- Wilson, W. H., *et. al.,* (1985): A psychotherapeutic approach to task – oriented groups of severely ill patients, *Yale Journal of Biological Medicine,* 58 (4): 363 – 372.

الفصل الرابع

ديناميات المجتمعات العلاجية

Therapeutic Communities Dynamics

أولاً : التعريف، والنشأة، وتطور المفهوم.

ثانياً : الفئات الإكلينيكية والأماكن المناسبة للمجتمعات العلاجية.

ثالثاً : مبادئ المجتمعات العلاجية.

رابعاً : أهداف المجتمعات العلاجية.

خامساً : خصائص المعالج المجتمعي.

سادساً : المادة الحوارية في المجتمعات العلاجية.

سابعاً : الأساليب العلاجية في المجتمعات العلاجية.

ثامناً : العوامل المؤثرة في نجاح المجتمعات العلاجية.

تاسعاً : التوجيهات المعينة للعضو الجديد في المجتمع العلاجي.

عاشراً : أشكال المجتمعات العلاجية ونماذجها المختلفة.

حادي عشر: الدراسات الحديثة في فعاليات المجتمعات العلاجية.

الفصل الرابع
ديناميات المجتمعات العلاجية
Therapeutic Communities Dynamics

أولاً : التعريف والنشأة وتطور المفهوم

ترجع أصول حركة المجتمعات العلاجية إلى القرن الثامن عشر حيث الجهود الباكرة للطبيب النفسي الفرنسي فيليب بينل..(Nathan & Harris, 1980, P. 183)

ثم تواتر الاصطلاح بالشكل العلمي المتعارف عليه الآن لأول مرة عام (١٩٤٦) حين أشار إليه الطبيب النفسي الإنجليزي توم مين .Main, T، ثم توالت استخدامات الاصطلاح في أعمال ماكسويل جونز .Jones, M (١٩٥٣) أي عقب الحرب العالمية الثانية (Wilmer, 1981). وغدا الاصطلاح شائعاً الآن في معظم بلدان العالم مفهوماً، وممارسة (الحفني، ١٩٩١، ص ١٠٠) (Kennard, 1983, P. 4) وعُدّ من العلاجات النفسية والاجتماعية الواعدة. وهو بشكل أو بآخر قريب الشبه والتشابه مع مفهوم العلاج المحيطي Milieu Therapy (Wallace, 1987).

ومن أشهر المؤسسات العلاجية التي تبنت الإجراءات العلاجية للمجتمعات العلاجية في بريطانيا هي مستشفى هندرسون Henderson Hospital وذلك في العقد الخامس من القرن العشرين. واتسعت وكالات العلاج التي استخدمته في استراليا لتشمل ست وكالات علاجية في العقد الثامن من القرن ذاته. (Manning, 1988).

ومن التجارب الرائدة في مجال المجتمعات العلاجية تجربة مستشفى كلايبوري Claybury Hospital والتي شرعت في تطبيق مفهوم المجتمع العلاجي في أوائل العقد السادس من القرن المنصرم بهدف تطبيق أحدث النظريات الدينامية والنفسية الاجتماعية التي ظهرت في تلك الحقبة..(Heimler, 1967, P. 101)

وكان استخدامها في بادئ الأمر مع الذهانيين بمثابة الثورة الثالثة في الطب النفسي The Third Revolution in Psychiatry ولقد ساعد على ذلك عوامل عدة منها:

١- التبرم بالعلاج النفسي الفردي، وزيادة حالات الاضطرابات النفسية بشكل يشبه الإنتاج بالجملة.

٢- ظهور كتابات الفرويديين الجدد مثل فروم (١٩٤٣)، وهورني (١٩٥١) وسوليفان (١٩٥٣)، وغيرهم التي أكدت العوامل الثقافية في الاضطرابات.
٣- كتابات جوفمان Goffman (١٩٥٨) التي تناولت مفاهيم السلطة والمؤسسة العلاجية وأثرها في المرضى.
٤- تطبيق النظريات العلمية الحديثة في العلاج النفسي.
٥- زيادة إدراك أهمية التعلم الاجتماعي والتواصل بين الطب والتربية وعلم النفس والفروع العلمية الأخرى..(Caine & Smail, 1969, P. 45-47)

ويتعين عند دراسة المجتمعات العلاجية التمييز بين مفهومين لها هما:

مفهوم المجتمعات العلاجية

عام	خاص
ويعبر عن اتجاه Approach وهو اتجاه عام لمؤسسة علاجية كبيرة يهدف إلى خلق مناخ علاجي عام للمرضى والأسوياء، إنساني في المقام الأول، ومثير، ومفيد، وديمقراطي.	ويعبر عن مجموعة مبادئ Principles ومناهج، وطرق تستخدم لمساعدة مجموعة من الأفراد بعينهم لحل مشكلاتهم الخاصة المحددة بالإضافة إلى علاجات أخرى.

شكل رقم (٤٥) يوضح مفهوم المجتمعات العلاجية

وفي العموم يتشابه إلى حد ما مفهوم المجتمع العلاجي مع مفهوم جماعات المساعدة الذاتية Self – Help، لأن المجتمع العلاجي يتيح لأفراده مساعدة أنفسهم بأنفسهم، ومساعدة الآخرين (Troyer, *et. al.*, 1995) وهذا هو محور الالتقاء فقط بين المفهومين.. فضلاً عن أن المجتمعات العلاجية تتيح فرصة العلاجات الحرة Free Treatments وهذا بدوره يوسع المجال أمام المرضى لتلقي العلاج بيسر في ظل ظروف سوية. (Wells, *et. al.*, 1995) كما أنها ذات فاعلية علاجية عالية لمعظم الفئات الإكلينيكية خصوصاً لدى فئات الاعتماد العقاقيري (Adrian, *et. al.*, 1994) وذلك لما تتيحه من نشاطات مختلفة، ومتعددة. (Piccinlin & Bertagna, 1994).

ثانياً: الفئات الإكلينيكية والأماكن المناسبة للمجتمعات العلاجية

فئات عديدة ومتعددة منها مثالاً لا حصراً مايلى:

١- السجون.
٢- الإصلاحيات.
٣- المستشفيات العامة.
٤- المستشفيات العقلية.
٥- المراكز العلاجية.
٦- المراكز الاستشفائية.
٧- مصحات الإدمان.
٨- مراكز التربية الفكرية.
٩- دور الإيواء والملاجئ.
١٠- دور المسنين.
١١- مراكز علاج الإيدز.. إلخ. (Cote, *et. al.*, 1995) .

وسائط علاجية أخرى

١٢- **القرى العلاجية** *Therapeutic Villages*

- مثل : Day Top Village (Cbrien & Halpern, 1977).

ومن المؤسسات العلاجية للصحة العقلية التي تستخدم برامج المجتمعات العلاجية ما يسمى: دار الإثبات House of Affirmation وفيها يتم تجديد الذات Self – renewal، وزيادة الوعي بالذات، من خلال التعلم التنظيمي، والعمل على اكتشاف المشكلات المتخفية، والتعامل معها بشكل نسقي Systematic (Bush, 1985).

١٣- **المعسكرات العلاجية**

ويمكن إجراء المجتمعات العلاجية في صورة معسكرات علاجية، مثل تجربة الهند في إنشاء معسكرات علاجية لمعتمدي العقاقير . .(Ranganathan, 1994)

١٤- **استخدام المدرسة كوسيط علاجي**

وتعد المدرسة وسيطاً جيداً أيضاً لإجراء المجتمع العلاجي للطلاب والتلاميذ (Harvey, 1991).

١٥- **استخدام دور العبادة كوسائط علاجية**

حيث يمكن الاستعانة برجال الدين، والمسجد والكنيسة لإثراء تفاعلات المجتمع العلاجي، وتعميق الممارسة السيكاترية، ولدور العبادة قيمة علاجية لها قداستها (Masson, 1985) و (Ebersole, 1961).

ثالثاً: مبادئ المجتمعات العلاجية: *Principles of Therapeutic Communities*

قد تختلف بعض المبادئ لبعض المجتمعات العلاجية، ولكنها في أغلب الأحيان تتفق على بعض المبادئ التي تشكل ميثاقاً مشتركاً يجمع بينها ويؤالف مثل:

١- إرساء قواعد الديمقراطية.
٢- المساواة في ظل التدرج الهرمي.
٣- التصديق بفاعلية العلاجات النفسية والثقة في القائمين عليها.
٤- الدافعية للتغير للأفضل.
٥- احترام حقوق المريض.
٦- معالجة النزلاء كما يتمنى المعالجون أن يعالجون به.
٧- تساوي الحقوق مع اختلاف الواجبات، والأدوار.
٨- احترام إنسانية الإنسان مريضاً كان أم سوياً.
٩- احترام النزيل الجديد.
١٠- مساعدة كل من يحتاج إلى مساعدة.
١١- العمل تحت مظلة ميثاق قيمي وأخلاقي (دون حرج أو جرح).
١٢- التفاؤل، والاستبشار، والسعي نحو التغيير الإيجابي.
١٣- احترام اختلاف الجنسيات، والسلالات، والديانات.
١٤- العلاج: أخلاقي قبل أن يكون طبياً.
١٥- العمل في مناخ شبه أسري، وكل فرد يكمل الآخر.
١٦- احترام الواقع، وتقبل الحقيقة، وموضوعية التوقع.
١٧- احترام الحرية المقننة.. (لا ضرر ولا ضرار).
١٨- تحقيق الفائدة، وعموم نفعها للجميع.
١٩- المحافظة على الروح الجماعية، والضمير الجماعي، والصالح العام.
٢٠- التعامل ليس من خلال الوظائف، ولكن من خلال الأدوار.
٢١- يضيف الرخاوي (١٩٩٣) إلى ذلك ضرورة أن يكمل كل فرد الآخر، وإمكان تبادل الأدوار بمرونة مسئولة، مع إلمام كل متخصص بكافة التخصصات الأخرى.(الرخاوي، ١٩٩٣، ص ١١٢/٩٧).

رابعاً: أهداف المجتمعات العلاجية

عديد من الأهداف العامة التي ترمي إليها مثل تلك المجتمعات منها مثالاً:

١- التدعيم والنمو *Support & Growth*

ولابد للمرضى أن يتعلموا في المجتمع العلاجي: التدعيم والنمو من خلال جلسات العلاج الجماعية الرسمية لينقلوا تلك الخبرات المتعلقة بالتدعيم والنمو إلى الحياة الواقعية العملية الخارجية. وهذا يتأتى بعوامل مساعدة مثل:

أ- البوح الذاتي المتبادل *Mutual Self- disclosure*

ب- الثقة المتبادلة *Mutual Trust*

ج- الرعاية المتبادلة *Mutual Caring*

د- القيم المشتركة *Shared Values*

هـ- الاهتمامات المشتركة *Shared Interests*

و- الالتزام المشترك *Shared Commitment*

(Trombley, 1997).

٢- **تسهيل النمو** *Facilitation of Growth*

كما يهدف إلى تسهيل النمو الشخصي Personal والمهني الحرفي Professional للفريق والمرضى من خلاله خطة البرنامج وتفاعلاته. .(Barber, 1990)

٣- **التوعية والتربية** *Awareness & Education*

ويجب ألا يخلو برنامج العلاج من التوعية والتربية والجلسات التعليمية التي من شأنها تصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعديل الاتجاهات السالبة، وزيادة المعرفة الصحيحة.
(Elberth, 1992).

٤- **تغيير النسق القيمي** *Changing of Value System*

ويسعى المجتمع العلاجي لإحداث التغير في النسق القيمي، لتعديل قيم، وزرع أخرى بما في ذلك القيم العلاجية، ومن مفردات النسق القيمي للتغير الذي يرمي المجتمع العلاجي إلى تعميقه وإثراءه لدى معتمدي العقاقير مايلى مثالاً:

أ- قيمة الاقتناع المؤدي إلى التشافي.

ب- قيمة التعبير عن المشاعر.

ج- قيمة النشاط الإنتاجي.

د- قيمة التعاون مع الآخرين.

وأن استيعاب تلك القيم يتم بدوره عبر مراحل أربع هي:

أ- فهم القيمة .

ب- الموافقة عليها.

ج- اكتساب المهارات الضرورية لها أو الثقة للعمل بها.

د- السلوك بطريقة تتسق معها وتتفق (Rosas, 1992)

٥ ـ الارتباط بالمجتمع العلاجي

Relationship & Association with Therapeutic Community

وقبل البحث في كيفية ارتباط المرضى بالمجتمع العلاجي علينا البحث في كيفية ارتباط الفريق وطاقم العلاج بالمجتمع العلاجي (Clark, 1988) لأن التجربة أثبتت أن بعض المعالجين يجدون صعوبة في ذلك الارتباط، وإن كان الأمر كذلك فلا ملامة على المرضى.

٦ـ إعادة خلق الإحساس بالمجتمع *Recreating Sense of Community*

وهذا ما أوضحته دراسة ويلي (١٩٨٨) حيث الأهمية القصوى لسعي المجتمعات العلاجية لتحقيق أهم أهدافها وهو إعادة خلق إحساس المرضى والفريق بالمجتمع الداخلي والخارجي (Wiley, 1988).

٧ـ إيلاج الأسر في الخطة العلاجية: *Families Involvement of Treatment Plan*

ويجب أن تسعى البرامج لانخراط الأسر في العمليات القياسية والإرشادية بل والعلاجية قدر المستطاع لأن ثمة اضطرابات لا يتعين فحصها، وتشخيصها، وعلاجها إلا بالرجوع إلى الأسرة. (Traylor, 1996).

٨ ـ زيادة التوظيف الجيد *Well - Functioning*

حيث أن السيكوباثولوجيا تنال من معدلات التوظيف الجيد لسلوك المريض ودينامياته، وبالتالي يهدف المجتمع العلاجي إلى اخفاض تلك السيكوباثولوجيات، وزيادة معدلات التوظيف الجيد لأفراد المجتمع العلاجي. (Holcomb, 1994).

أهداف أخرى:

٩- المشاركة في المعلومات.

١٠- بناء الإحساس بالتماسك، والتحالف.

١١- المساعدة في اتخاذ القرار.

١٢- ممارسة ضغط الرفيق على الأفراد السنكليين.

١٣- ممارسة التغذية المرتدة.

١٤- زيادة الاستعداد للتعلم.

١٥- توفير موقف تعلم حي.
١٦- تنمية الشعور بالانتماء.
١٧- اكتساب مهارات القيادة، وتحمل المسئولية. والمواجهة.
١٨- زيادة الثقة بالنفس، وبالآخرين.
١٩- تعلم النظام.. حيث يكون لكل شيء نظام.
٢٠- حل المشكلات الشخصية بالمساعدة على حل مشكلات الآخرين.
٢١- خلق معايير أخلاقية تحكم العلاقة بين الأفراد.
٢٢- التشجيع على تبادل النقاش والحوار والتفاعل والمعرفة.
٢٣- زيادة التواصل مع الذات والآخرين.
٢٤- التشجيع على المبادأة، والإيجابية.
٢٥- كسر الحاجز بين النزلاء والفريق والمعالج وتضييق الفجوة بينهم وذلك بزيادة المعايشة فيما بينهم. (Kennard, 1983, P. 8-14).
٢٦- ممارسة الديمقراطية.
٢٧- التعرف على ما يدور برأس النزلاء.
٢٨- تنمية الإحساس الإنساني والارتقاء به.
٢٩- الإجابة عن تساؤلات النزلاء.
٣٠- تصحيح المفاهيم الخاطئة.
٣١- تأكيد مفهوم الـ "نحن".
٣٢- ممارسة آداب الحديث.
٣٣- احترام رؤية الآخر.
٣٤- ممارسة الحياة اليومية مع الأسوياء يعجل بالشفاء والتحسن.
٣٥- ممارسة التعاون، والتآخي، والتآزر.
٣٦- زيادة التعارف وروابط المحبة بين النزلاء.
٣٧- القضاء على السلبية، والاتكالية، والفوضوية لدى النزلاء.
٣٨- التدريب على بحث الآراء، والمقترحات، والبدائل.
٣٩- رؤية المشكلات من منظور جماعي.
٤٠- المراجعة اليومية لنجاح نظام المعالجة، وتقويمه.

خامساً: خصائص المعالج المجتمعي: *Characteristics of Community Therapist*

ويرى البعض ضرورة تحلي المعالج في المجتمع العلاجي بخصائص معينة في المناحي: الروحية، والمهنية، والحرفية، والشخصية، بل والمجتمعية أيضاً. فضلاً عن أهمية تدريبه، ومجمل نشاطاته، والنظريات الملم بها، والمؤمن بها، وخبرته، وممارسته.. إلخ. (O' – Sullivan, 1985).

سادساً: المادة الحوارية في المجتمعات العلاجية:

تتعدد المادة الحوارية، والتفاعلية لتشمل ما يلي:

أ- مشكلة الإعاشة: مثل النوم، والملبس، والمأكل، والمشرب، والنظافة.. إلخ.

ب- مشكلات إدارية: مثل مناقشة قوانين الإدارة، وتعاليمها، ولوائحها، ومشكلات الإدارة للنزلاء أنفسهم.

ج- مشكلات علاجية: مثل مناقشة موضوعات الدواء، ومواعيده، والجلسات العلاجية النفسية الفردية، والجماعية.

د- مشكلات اجتماعية: مثل مناقشة المشكلات بين النزلاء، وعلاقتهم بعضهم ببعضهم الآخر، وعلاقاتهم بالفريق المعالج، ومناقشة علاقاتهم بأسرهم.. إلخ.

هـ- مشكلات خاصة: مثل مناقشة مشكلات خاصة بأحد الأفراد ، أو مناقشة مشكلة صحية خاصة ببعض الأفراد، أو سلوك مضطرب، أو شاذ ، أو ما شابه ذلك. كما يمكن التعامل مع مشكلات الغضب، وطرق السيطرة عليه، وضبطه، وتعلم المسئولية من خلال المجتمعات العلاجية. .(Alvarez, 1997)

كما يمكن تعلم مهارات الفعالية الذاتية لدى معتمدي العقاقير وخاصة الكوكايين من خلال المجتمعات العلاجية..(Rounds- Bryant. *et. al.*,1997)

و- مشكلات اخرى مثل:

١- الترفيه، والترويح مثل (المسابقات، الرحلات، الحفلات، المباريات).

٢- القضايا المتعلقة بالاقتراحات والتطوير.

٣- القضايا الخاصة بإعلان نتائج عامة أو خاصة.

٤- القضايا الخاصة بالمستلزمات الإضافية مثل: (الوسائط التعليمية، ووسائل الإعلام المختلفة).

٥- قضايا تقويمية مثل: تقويم الفريق المعالج، وتقويم قائد النزلاء، وتقويم المسئولين عن اللجان المتعددة لتقديم الخدمات للنزلاء.. إلخ.

٦- قضايا أخرى تتعلق بالمخالفات، والعقوبات، والتكريم للنزلاء المثاليين. وتوديع نزلاء تم شفائهم.. إلخ.

٧- قضايا تعليمية، ومعرفية تتعلق بالرغبة في المعرفة، والاطلاع. وتوفير الكتب، والمحاضرات الخاصة بموضوعات تهم النزلاء.. إلخ.

٨- قضايا أخرى مثل الاقتراح بإنشاء نادي للمرضى Patient Club لإنجاح برامج الإعاشة في المؤسسات العلاجية. (Brajsa, 1989).

سابعاً: الأساليب العلاجية في المجتمعات العلاجية

تتعدد الأساليب العلاجية المستخدمة - ضمناً وظاهراً - في المجتمعات العلاجية وفيما يلي أكثرها شيوعاً:

١- الأجندة *Agenda*

٢- المناقشة *Discussion*

٣- الحوار *Dialogue*

٤- التشجيع *Encouragement*

٥- التدعيم *Support*

٦- التعليم *Education*

٧- المواجهة *Confrontation*

٨- التدريب *Training*

٩- اكتساب مهارات *Learning skills*

١٠- حل مشكلات *Problem Solving*

١١- القراءة *Bibliotherapy*

١٢- التفاعل *Interaction*

١٣- لعب الدور (غير التمثيلي) *Role Playing*

١٤- ضغط الرفيق *Peer Pressure*

١٥- الإقناع *Convention*

١٦- الملاقاة *Encounter*

١٧- التغذية المرتدة *Feedback*

١٨- الضبط الاجتماعي *Social Control* *(Waldorf & Brill, 1971)*

١٩- نسق الإثابة *Reward System* *(Rowan, et. al., 1994)*

٢٠- المريض السابق *Ex-Patient (Kaufman, 1973).*

٢١- التأمل الارتقائي *Transcendental Meditation.*
(Cancrini, et. al., 1994).

٢٢- جماعات الرفيق الجار *Neighborhood Peer Groups (Biase, 1984).*

أساليب أخرى:

٢٣- اللقاء المجتمعي *Community Meeting*

وهو بمثابة أحد أساليب المجتمعات العلاجية، والذي ثبت فائدة في زيادة مفهوم الذات نحو منهج تحليل العمق *Depth- Analysis Method*

كذلك يمكن استخدام منهج تحليل العمق خلال محتويات برامج المجتمعات العلاجية، خاصة عند التعامل مع حالات مثل: السيكوباتية. (Nel, 1981)

٢٥- تكنيك إشباع الهوية المهنية:

كذلك من المفترض أن تتضمن الخطة العلاجية للمجتمع العلاجي العمل على إثبات ما يسمى بالهوية المهنية Vocational Identity ورفعها، وزيادة جرعة التدريب المهني، والإشباع الحرفي وهكذا.(Hankinson, 1997)

٢٦- تكنيك محاكاة البيئة:

ويمكن للمجتمع العلاجي أن يجري بشكل يشابه البيئة التي سحبت منها العينة *Community – Near Environment* ولكن بشكل علاجي، وثبت فاعلية ذلك في التعامل مع (٢٨) فصامياً في ألمانيا. .(Ciompi & Bernasconi, 1986)

٢٧- استخدام الأساليب الترفيهية

يجب ألا يغيب عن مخططي برامج المجتمعات العلاجية توفير فرص وقت فراغ مناسب، واستخدام أساليب ترفيهية لأفراد المجتمع العلاجي (Verdu, 1990).

ثامناً : العوامل المؤثرة في نجاح المجتمعات العلاجية

Effective Factors of Success of Therapeutic Communities

وهي عوامل متعددة وكثيرة نذكر منها:

١- تأثير عاملي الدافعية والاستعداد للتغير

أثبتت عديد من الدراسات أن نجاح المجتمع العلاجي يتوقف على عاملي:

أ- الدافعية Motivation.

ب- الاستعداد للتغير Change Readiness.

منها على سبيل المثال: دراسة سكوكت (١٩٩٢) (Schoket, 1992) ودراسة ملنيك مع آخرين (١٩٩٧) والتي أجريت على عينة قوامها (٢٤٠٠) من معتمدي العقاقير بواقع (١٠٠٠) مراهق بمدى عمري يتراوح ما بين (١٤-١٨) عاماً، و (١٤٠٠) راشد بمدى عمري يتراوح ما بين (١٩-٢٦) عاماً. حيث أسفرت النتائج عن التأثير الجوهري لعاملي الدافعية، والاستعداد للتغير، وأن المراهقين أقل إظهاراً لتلك الدافعية وذاك الاستعداد مقارنة بالراشدين. .(Melnick, *et. al.*, 1997).

ومن الدراسات أيضاً التي أكدت دور الدافعية في التفاعل العلاجي وأهميتها، دراسة فيوجت (١٩٨٣). .(Vioght, 1983).

٢ ـ تأثير عوامل: المساهمة، والتناسب، والظروف :

حيث أضافت دراسة سكوكت (١٩٩٢) تأثير عوامل أخرى مثل:

أ- المساهمة والمشاركة *Participation*.

ب- مدى تناسب المريض للعلاج *Suitability*.

ج- الظروف المحيطة *Round Circumstances*. .(Schoket, 1992).

٣ ـ الفروق الجنسية في الاحتياجات العلاجية

Sex Differences Regarding Treatment's Needs

حيث أثبتت الدراسات أن البرامج المجتمعية العلاجية التي خططت للإيفاء باحتياجات الذكور من المرضى لا ترضى ولا تفي باحتياجات الإناث، وبالتالي قد يتسبب ذلك في انخفاض معدلات التشافي، لذلك يجب مراعاة تلك الفروق الجنسية في برامج المجتمعات العلاجية فيما يتعلق بالاحتياجات العلاجية. (Legow,. 1994).

وأوضحت دراسة كريستين ميلر (١٩٨٢) أن برامج المجتمعات العلاجية النسائية تعد قليلة، وبها نقص ملحوظ، وهذا بدوره يؤثر في العائد العلاجي. .(Miller, 1982)

٤ ـ تأثير عوامل: الإقامة والسن والاستهداف

حيث توصلت دراسة هورناك (١٩٩٠) إلى وجود تأثير لعوامل أخرى تتسبب في زيادة التسرب العلاجي، والفقد العلاجي *Droup Out* في المجتمعات العلاجية مثل:

أ- الإقامة طويلة المدى.

ب- صغر سن المرضى.

ج- وجود استهداف قبلي واستعداد لهذا الفقد لدى بعض المرضى حتى قبل أن يبدأ العلاج.

ولذلك ينصح باستدراك مثل هذه العوامل لتلافي آثارها عند وضع الخطة العلاجية (Hornak, 1990).

كما أكدت دراسة ويلش (١٩٨٦) من قبل تأثير عامل السن على مدة الإقامة، وبالتالي على العائد العلاجي. (Welch, 1986).

٥- تأثير عاملي مناسبة البيئة ومناسبة البرنامج

Suitability of Environment & Program

حيث أكد كل من بيل، وريان (١٩٨٥) في دراستهما أنه لا يجب أن تكون البيئة المحيطة غير مناسبة للمجتمع العلاجي، أو تكون البرامج المستخدمة من خلاله غير مناسبة أيضاً أو متصارعة. (Bell & Ryan, 1985)

٦- التكلفة المرتفعة *High Cost*

حيث أوضح جيمس زيتل (١٩٩٢) أن التكلفة المرتفعة لإجراء برامج المجتمعات العلاجية تكون بمثابة عائقاً أحياناً لتنفيذها على الوجه الأكمل وبالتالي ينال ذلك من العائد العلاجي خاصة إذا طالت الإقامة في حالات مثل الاعتماد العقاقيري وخاصة الاعتماد المتعدد (Zettel, 1992).

٧- تأثير عوامل: التماسك والمناخ والمكانة والجاذبية

حيث أشارت دراسة دراسنر (١٩٨١) إلى بعض العوامل التي ترتبط بالتفاعل العلاجي وعائده في المجتمع العلاجي لمعتمدي العقاقير منها:

أ- الجاذبية بين الشخصية *Interpersonal Attractiveness*

ب- المكانة الجماعية *Group Status*

ج- مكانة الرفيق *Peer status*

د- التماسك الهرمي *Hierarchical Cohesion*

هـ- إدراك المناخ الاجتماعي *Perception of Social Climate*

(Drassner, 1981).

ولقد أيدت دراسة تاليكيت (١٩٨٤) تأثير المناخ العلاجي للوحدات في المؤسسة أيضاً، وأضافت عامل آخر وهي الروح المعنوية للفريق Staff Moral. (Tallichet, 1984).

كما أكدت دراسة جيمس شين (١٩٨١) أهمية عامل إدراك البيئة خاصة في المجتمعات العلاجية في السجون Prison – based Therapeutic Community (Chin, 1981).

٨ ـ الاستخدام المكثف لأساليب المواجهة وأدواتها: *Confrontational Tools*

حيث أسفرت دراسة هوفمان (١٩٨٤) عن أن الاستخدام المكثف لأساليب المواجهة وأدواتها مع معتمدي العقاقير يكون مسئولاً عن الفاقد والتسرب العلاجي السريع. (Hoffman, 1984)

٩ـ قصر الإقامة *Short-term Residence*

أو الإقامة القصيرة تعد من دواعي النيل من العائد العلاجي، ولقد أوضحت دراسة بليبرج (١٩٩٠) أن مدة الإقامة لستة أشهر تأتي بعائد علاجي جوهري أفضل من الإقامة الأقل من ذلك. (Bleiberg, 1990).

١٠ـ الفروق الثقافية والعرقية

حيث أكدت دراسة ويلش أن العوامل السلالية والثقافية والعرقية تؤثر في مدة الإقامة فى برامج المجتمعات العلاجية، وبالتالي تؤثر فى العائد العلاجي لها. (Welch, 1986).

١١ـ التكامل الفريقي *Staff Integration*

يعد التكامل الأيديولوجي والحرفي والأدائي بين أعضاء الفريق من العوامل المؤثرة فى نجاح المجتمع العلاجي، واستمرار لغة الحوار والمناقشة لتعميق ذاك التكامل .(Meade, 1990)

١٢ـ المرونة مقابل التصلب فى أيديولوجية العلاج

ويرى ويلمر (١٩٨١) أن الأيديولوجية العلاجية لمفهوم المجتمعات العلاجية تختلف فى درجة مرونتها مقابل جمودها ، وبذلك فهي قد تختلف من مكان لآخر (Wilmer. 1981). ويفضل الأيديولوجية المرنة فى التعامل العلاجي لثبوت فعاليتها، وعائدها العلاجي المرضى.

تاسعاً: التوجيهات المعينة للعضو الجديد فى المجتمع العلاجي:

Guide-lines for New Comer

في البداية يشكل المجتمع العلاجى موقفاً صعباً على العضو الحديد. والتوجيهات التالية تعينه على اجتياز ذلك:

١ ـ اغتنم الفرصة لتعلم أكثر عن نفسك، وعن الآخرين.
٢ ـ لا تنتظر أن يقول لك أحد ماذا تفعل، وماذا تقول.
٣ ـ قم بنفسك بالحديث مع الآخرين، ومباشرة.
٤ ـ حاول أن تجد لك مكاناً نفسياً وسط هذا المجتمع.

٥- اندمج مع ما يجري.
٦- كن نفسك، وعبر عن نفسك.
٧- لا تخف من التعبير عن أفكار خاطئة فليس منتظر منك أن تقول حكم ومأثورات.
٨- لا تتعجل في الحصول على إجابة لتساؤلاتك.
٩- لا تستسلم لأية إحباط أو رفض أو سخرية من المجتمع.
١٠- افرض نفسك على المجتمع.
١١- خذ الأمور كما تجري، ولا تحاول إلا تغيير نفسك نحو الأفضل.
١٢- اغتنم الفرصة للتدريب على التعامل مع نماذج من المجتمع الكبير.
(Kennard, 1983, P. 126-128).

فضلاً عن هذا، فإن أهم متغير في نجاح المجتمع العلاجي أن يكون لدى كل عضو دافعية أصيلة لمساعدة نفسه، ومساعدة الآخرين، والسعي نحو التشافي **Recovery Seeking.** **(Toumbourou & Hamilton 1993)**

فضلاً عن أن يكون لدى المريض أو العميل استعداداً لتلقي العلاج.
(Melnick, *et. al.*, 1997).

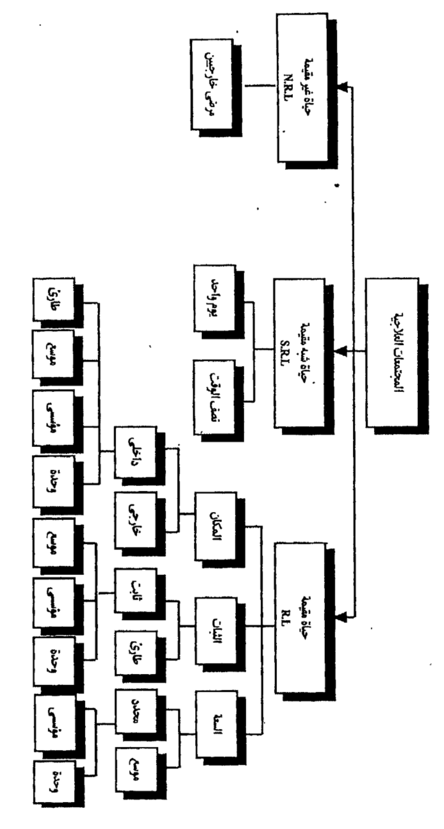
عاشراً: أشكال المجتمعات العلاجية ونماذجها المختلفة:

Forms & Patterns of Therapeutic Communities

تتعدد أنماط المجتمعات العلاجية، وأشكالها، وتصنيفاتها، وأنواعها، وصورها، ونماذجها تعدداً كبيراً من بلد إلى آخر، ومن ثقافة لأخرى، وهكذا، والشكل التالي يوضح أكثرها شيوعها، وأكثرها تواتراً، والذي يوضح أن المجتمعات العلاجية يمكن تصنيفها وفقاً لعامل الحياة المقيمة **Residential Life** والتي تنقسم إلى حياة مقيمة، وشبه مقيمة، وغير مقيمة، وأن الحياة المقيمة بدورها تنقسم وفقاً لعوامل ثلاثة هي: السعة، والثبات، والمكان، فمن حيث عامل السعة تنقسم إلى موسع، ومحدد، والمحدد ينقسم إلى وحدة، ومؤسسي، ومن حيث عامل الثبات تنقسم إلى: طارئ، وثابت، ومن حيث الثابت تنقسم إلى: وحدة ومؤسسي وموسع، ومن حيث عامل المكان تنقسم إلى: خارجي، وداخلي، ومن حيث الداخلي تنقسم إلى: وحدة، ومؤسسي، وموسع، وطارئ.

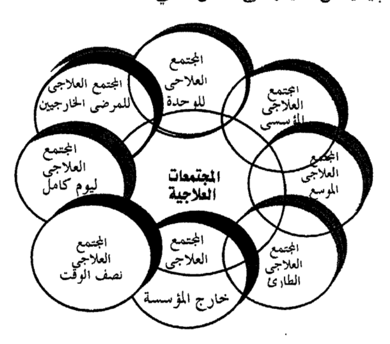
هذا من حيث عامل الحياة المقيمة، أما من حيث عامل الحياة شبه المقيمة **Semi- Residential Life** فتنقسم المجتمعات العلاجية إلى: مجتمعات علاجية في دور الإقامة لنصف الوقت فقط، ومجتمعات علاجية مستمرة لمدة يوم واحد كامل فقط.

أما العامل الثالث فهو عامل: الحياة غير المقيمة *Non – Residential Life* مثل المجتمعات العلاجية لمرضى العيادات الخارجية *Out- Patients*.



شكل رقم (٣) تصور مقترح لتصنيف المجتمعات العلاجية

كذلك يتضح لنا من الشكل السابق أنه يمكن استنتاج وجود ثمانية أنماط مختلفة للمجتمعات العلاجية يمكن تلخيصها في الشكل التالي أيضاً:



شكل رقم (٤٧) تصوراً مقترحاً لتلخيص أنماط المجتمعات العلاجية الشائعة

١ـ المجتمع العلاجي للوحدة: *Unit/ Ward Therapeutic Community*

ويعني اجتماع نزلاء عنبر ما، أو وحدة ما، أو جناح ما في أية مؤسسة علاجية، ويحوي نزلاء هذا العنبر والفريق المعالج له على وجه الخصوص، ويتم الاجتماع هذا بشكل يومي في أحد قاعات هذا العنبر أو هذه الوحدة، وعادة ما يكون في الصباح ، وعادة ما يستغرق ساعة كاملة على الأقل يتم فيها مناقشة أية قضية من القضايا التي سبق عرضها، كما يتم فيها استخدام أية تكنيك علاجي أو أكثر مما سبق ذكره، على أن يتولى قيادة الاجتماع أحد النزلاء بالاقتراع عليه، ويكون مسئولاً عن اختيار من يعاونه في ملئ الأجندة بالموضوعات التي سيتم مناقشتها، ويتراوح عدد الحاضرين ما بين (١٠-٦٠) فرداً.

٢ـ المجتمع العلاجي المؤسسي العام: *General Institutional Therapeutic Community*

وفيه يتم اجتماع نزلاء كل العنابر، وكل الوحدات، وكل الفريق المعالج، وكل العاملين في المؤسسة العلاجية، ويمكن أن ينضم إليهم المرضى السابقون، ويمكن أن يعقد هذا الاجتماع مرة كل أسبوع، أو يومياً وفقاً للسياسة العلاجية للمؤسسة. ويتراوح العدد من (١٠٠-٢٠٠) فرد، ويستغرق من ساعة إلى ثلاث ساعات.. تتم فيها مناقشة المشكلات، والقضايا

التي تهم كل النزلاء، ومشكلات العاملين أيضا باستخدام التكنيكات السابقة، ويصدق هذا على المؤسسات العلاجية الحكومية في المقام الأول، وبعض المستشفيات الخاصة أحياناً. (Cliffside, 1989).

٣ ـ **المجتمع العلاجي الموسع:** *Extended Therapeutic Community*

وفيه يتم اجتماع كل نزلاء المؤسسة، وكل العاملين بها، والمرضى السابقون، ومرضى من مؤسسات أخرى، وأعضاء من المجتمع الأصلي الخارجي، وأعضاء أسر المرضى بما فيهم السيدات، والأطفال. (Stevens & Arbiters, 1995), (Clerici, *et. al.,* 1988).

كما يضم مرضى العيادات الخارجية (Waters, *et. al.,* 1993) ولذلك أتت تسميته بالمجتمع العلاجي الموسع أو الممتد، وقد يستغرق وقتاً أطول لمدة أربع ساعات أو خمس وهكذا. ويمكن عقده مرة كل أسبوع، أو ثلاث مرات في الأسبوع. بهدف مناقشة الموضوعات، والمشكلات، والقضايا التي تهم المرضى، وأسرهم ليس فقط في مؤسسة بعينها بل على مستوى منطقة ما، أو محافظة ما، أو حتى دولة ما. وتفيد هذه الفكرة في التبادل الثقافي، والتفاعل الحي المتنوع بين وسائط متعددة. وأفكار متباينة. وقد يزيد عدد الحضور هنا عن (٣٠٠) فرد.

٤ ـ **المجتمع العلاجي الطارئ:** *Emergent Therapeutic Community*

ويتم عقده دون تخطيط مسبق في حالات الأزمات والمحن Crisis مثل حالات الاحتجاج الجماعي، أو الإضراب، أو التظاهر، أو الهروب، أو إحداث الشغب، أو الهياج الجماعي، أو الاعتصام.. إلخ ويتم إطلاق إنذار كودي لجميع النزلاء والفريق المعالج على النحو التالي:

- الكود الأخضر في حالات الشغب *Code Green*.
- الكود الأحمر في حالات الحريق *Code Red*.
- الكود الأزرق في حالات الإصابة *Code Blue*.

ويعقد هذا الاجتماع عقب معالجة الموقف، والسيطرة عليه، وتتم فيه مناقشة ما حدث، وأسبابه، ونتائجه، والدروس المستفادة منه، وهكذا.

٥ ـ **المجتمع العلاجي خلف الأسوار:** *Out Door Therapeutic Community*

ويمكن أن يعقد لنزلاء عنبر ما، أو مؤسسة ما خارج أسوار تلك المؤسسة، في حديقة خارجية، أو في نادي خارجي، أو متنزه خارجي، أو على شاطئ ما، لإضافة متغيرات مهمة

أخرى مثل الترفيه، والترويح، والتغيير. والتحديد، والانتعاش، وإثارة الحيوية. والاستمتاع.ويتم فيه الالتزام بقواعد المجتمع العلاجي، وموضوعاته، وتكنيكاته مع اضافة متغيرات من قبيل ممارسة أنشطة ترفيهية مثل: الاستحمام فى البحر، أو الجري، واللعب، والسمر والتسابق.. إلخ.

٦- **المجتمع العلاجي لنصف الوقت**: *Half – Way House Therapeutic Community*

وهذا النوع يقدم حياة شبه مقيمة لمدة نصف الوقت فقط فى أحد دور العلا ج أو التأهيل المنتشرة فى معظم بلدان العالم، كأن يقضي فيه المرضى فترة الصباح، والظهيرة، ثم يغادرون إلى منازلهم لقضاء ما بعد الظهر والمساء ويقضون ليلتهم فى المنزل ثم يعون فى الصباح إلى دار التأهيل، أو العكس، كأن يذهب المرضى إلى أعمالهم فى الصباح ثم يعودون فى فترة ما بعد الظهيرة إلى دار التأهيل لقضاء ما تبقى من النهار ويبيتون ليلتهم هناك وهكذا.

وأثناء تواجدهم نصف الوقت فى دار التأهيل تتم مناقشة المشكلات الخاصة بهم. بالتكنيكات التي سبق الإشارة إليها مثلما يحدث فى فونكس هاوس. (Lohne, 1991)

٧- **المجتمع العلاجي ليوم كامل** : *Day – Hospital Therapeutic Community*

ويقصد به العمل على قضاء أكبر وقت ممكن مع الأفراد لتحقيق أكبر استفادة وأعمق تفاعل طوال اليوم مع إمكان استخدام الماراثون اللفظي والحركي Verbal & Motor Marathon وممارسة أكثر أنشطة ممكنة وكاملة، ويمكن عقد مثل هذه الاجتماعات مرة فى الأسبوع، أو عدة مرات وفقاً لسياسة المؤسسة العلاجية. وهي توفر حياة شبه مقيمة وليست كاملة. .(Kennard, 1983, P. 62)

٨- **المجتمع العلاجي لمرضى العيادات الخارجية**: *Out-Patients Therapeutic Community*

ويعقد فقط لمرضى العيادات الخارجية أى المرضى غير المقيمين، لأنه لايقدم حياة مقيمة بل غير مقيمة لتدارس مشكلاتهم، وقضاياهم، وأمورهم العامة، والخاصة بشتى أنواعها، وعلى اختلاف اشكالها .. ويمكن أن يعقد مرة فى الأسبوع، أو عدة مرات وفقا لظروف المرضى، وارتباطاتهم الخارجية. كما يمكن استدعاء اسرهم للحضور فى بعض الأحيان. وهكذا..(Isralowity, *et. al.*, 1992)

٩ ـ أشكال أخرى:

وكما تظهر علاجات نفسية يمكن أن تأخذ شكل المجتمعات العلاجية فإن هناك أيضاً مجتمعات علاجية يمكن أن تأخذ شكل أية طراز من العلاجات النفسية (Isralowitz, *et. al.*, 1994).

وأوضحت دراسة جاكلين شو (١٩٩٨) أن المزج العلاجي بين برامج المجتمعات العلاجية يأتي بثمار طيبة ونجاحات ملحوظة فيما عدا قضية التكلفة الاقتصادية (Chu, 1998).

أ ـ المزج بين المجتمع العلاجي والتأهيل المعرفي والمعرفي السلوكي:

كما يساعد استخدام تكنيكات التأهيل المعرفي *Cognitive Rehabilitation* على استفادة المرضى حتى الذين يعانون من مشكلات معرفية، وزيادة مدة إقامتهم استحساناً للعلاج (Fals, 1993). كما أنه من الجائز أن تصطبغ المجتمعات العلاجية بصبغة علاج مستقل مثل أن تكون مجتمعات علاجية معرفية سلوكية *A Cognitive Behavioral Therapeutic Community* بمعنى أن يكون نمط العلاج الغالب والسائد والشائع في المجتمع العلاجي هو المعرفي السلوكي، وهذا ما أقره، واقر فعاليته بيرلنج Burling, T. وآخرون(١٩٩٤) وذلك على عينة قوامها (١١٠) من معتمدي العقاقير. (Burling, *et. al.*, 1994).

ب ـ المزج العلاجي بين المجتمع العلاجي والعلاج العقاقيري

مثل استخدام الميثادون Methadon مع حالات الاعتماد الأفيوني (Rainone, 1985).

ومثل مزج العلاج العقاقيري بمضادات الاكتئاب مع الفيزويزابينات مع برامج المجتمع العلاجي للتعامل مع حالات الاكتئاب. (Oittinen, *et. al.*, 2001)

جـ ـ المزج بين المجتمع العلاجي وتحليل التعامل

كما يمكن استخدام مناهج دينامية تحليلية مثل تحليل التعامل من خلال برامج المجتمعات العلاجية (Collins, 1985).

د ـ المجتمع العلاجي ذاتي المساعدة: *Self- Help Therapeutic Community*

أي تطبيق مبادئ العلاج بالمساعدة الذاتية من خلال برنامج مجتمع علاجي، ويصلح عادة لمعتمدي العقاقير. مثل نموذج قرية داي توب Day Top Village والذي يهدف ضمن ما يهدف إلى إعادة التنشئة الاجتماعية للمدمنين، وإعادة التكامل الاجتماعي

لهم *Social Reintegration* وفقاً لنظرية مورر **Mower's Theory** ولقد ثبت فاعلية ذاك الطراز لدى عينة قوامها (٢٣٢) من معتمدي العقاقير **(Rom, 1981)**.

ولقد أشارت دراسات عديدة إلى ذلك المزج وفعاليته مثل: براتر مع آخرين (١٩٩٣) **(Bratter, *et. al.*, 1993)** وكاتز (١٩٩٩) **(Katz, 1999)**.

هـ- العلاج المؤسسي مقابل المجتمع العلاجي:

Institutional Therapy Vr. Therapeutic Community

وحول مدى التشابه أو الاختلاف بين المجتمع العلاجي، والعلاج المؤسسي، فإن القضية الأكثر أهمية في الموضوع تدور حول ما يسمى : بمتطلبات الدور *Role Requirements* بالنسبة للمؤسسة العلاجية، وللفريق وللمرضى **(Carter, 1984)**.

و- المجتمع العلاجي المهني: ***Occupational Therapeutic Community***

ويعني استخدام العلاج المهني **Vocational Therapy** ضمن المجتمعات العلاجية، واستخدام ورش العمل **Workshops** وذلك حتى للمرضى المسنين **(Evans, 1990)**.

ز- المجتمع العلاجي المتمركز حول الاتفاق التعاقدي:

Covenant Centered Therapeutic Community

وهو طراز أو شكل من أشكاله يتميز باحتوائه على تعاقد أو اتفاقية موجبة الالتزام بها، ويمكن استخدام ذاك الشكل مع معتمدي الكحول والعقاقير. **(Mccoy, 1983)**.

ح- المجتمع العلاجي التكاملي:: ***Integrative Therapeutic Community***

والمجتمعات العلاجية الناجحة قد تكون ثمرة طيبة لتكامل خدمات مجموعة من المؤسسات العلاجية وغير العلاجية التي تقدم خدماتها لدعم هذا الطراز من العلاج العام **(Rinaldo, 1981)**.

كما يمكن استخدام أنواع متعددة من العلاجات في إطار المجتمعات العلاجية مثل: التدعيم، والجلسات التعليمية، والمواجهة، والعلاج الوجودي خصوصاً معتمدي العقاقير. **(Bratter, *et. al.*, 1993)**.

ط- المجتمع العلاجي قصير مقابل طويل الأمد:

Short Vr. Long Term Therapeutic Community

كما يوجد مجتمعات علاجية قصيرة الأمد، فإن هناك منها ما هو طويل الأجل ، فقد يستمر لمدة أربع سنوات ، وهكذا، في حين يستمر قصير الأمد إلى شهر أو شهرين، والأفضل ألا يقل عن ستة أشهر. **(Renner, 1996)**.

المجتمعات العلاجية فى الوطن العربي

كانت المملكة العربية السعودية سباقة فى هذا المجال، فلقد أسست مستشفيات ثلاثة أسمتها بمستشفيات الأمل في جدة، والرياض، والدمام تقوم على ضمن ما تقوم على فكرة المجتمعات العلاجية بشكل أساسي.

كذلك الحال فلقد تنبهت مصر لهذا المنهج العلاجي المهم، فلقد اقترح عكاشة فكرة إنشاء معسكرات علاجية للإدمان فى الوادي الجديد بمصر. ومضمونها يقوم بلاشك على أساس المجتمع العلاجي. (أحمد عكاشة، ١٩٩٢، ص ٥٠٢).

كذلك الحال فيما يتعلق بجهود أبو العزايم، والرخاوي، وشعلان وفضلي، وصادق وعبد المحسن، وغيرهم ممن يحاولون قدر المستطاع توفير أفضل السبل لمواكبة التقدم العلمي فى فنون العلاج النفسي فى مصر.

حادي عشر: الدراسات الحديثة فى فعاليات المجتمعات العلاجية

رداً على بعض المدعيين على فعالية المجتمعات العلاجية بأنها تزيد من ضغوط المرضى وانعصابهم، فإن براف فى دراسة له مع آخرين يرى أن تلك الإدعاءات ما هي إلا افتراءات وأساطير وخرافات لا أساس لها من الصحة. (Braff, *et. al.*, 1979).

وحول الرد على مقولة البعض بأن المجتمعات العلاجية تعد غير صالحة لمعتمدي العقاقير من ذوي التاريخ المرضي المفعم بالمشكلات الانفعالية، فإن دراسة هولاند (١٩٨٧) قد أثبتت عكس ذلك، وأن تلك الطرز تعد مناسبة للغاية لمثل هؤلاء الفئات. (Holland, 1987).

وتعد المجتمعات العلاجية هي الاستراتيجيات التي مازالت محتفظة بمكانتها العلاجية، وأنها الفضلى فى عائدها خاصة فى التعامل مع حالات الاعتماد العقاقيري. (Hornak, 1990).

وحول مدى شيوع استخدامات المجتمعات العلاجية فى تعاملها مع الفئات المرضية فإن هذه هي النسب التي أوردتها دراسة نيمينن (١٩٩٦).

أ- ٣٨٪ بالنسبة للاعتماد العقاقيري.

ب- ٣٦٪ بالنسبة للاضطرابات السيكاترية الأخرى. (Nieminen, 1996).

كما أن هناك عديداً من الدراسات التي أثبتت فعالية المجتمعات العلاجية المتكاملة أو التي تحتوي على علاجات تكاملية متعددة مثل :

- خلصت دراسة كريجر (١٩٨٢) إلى فعالية المجتمعات العلاجية في زيادة تقدير الذات، وفي التعامل مع مشكلات معتمد العقاقير بين الشخصية. (Krieger, 1982).
- ويمكن للمجتمعات العلاجية أن تتعامل أيضاً بفعالية مع مشكلات مثل اضطرابات القلق، والاكتئاب فضلاً عن اعتماد العقاقير. (Flynn, 1982)
- وخلصت دراسة ميدر (١٩٨٢) إلى فعالية المجتمعات العلاجية فى التعامل مع حالات الاعتماد العقاقيري، وذلك لدى عينة قوامها (١٧٤) معتمداً. (Mider, 1982).
- وانتهت دراسة سون (١٩٨٨) إلى وجود بعض سمات الشخصية، وبعض المتغيرات النفسية التي قد تدفع المرضى من معتمدي العقاقير لعدم تكملة العلاج بالمجتمعات العلاجية مثل: زيادة الفصام، وارتفاع الانحراف السيكوباتي، ويجب التعامل مع تلك الخصائص للارتقاء بمستوى فعالية المرضى، وفعالية المجتمع العلاجي (Sonn, 1988).
- ولقد توصلت جيروم كارول، وسوزان أو انيزيان (١٩٨٩) إلى فعالية برنامج مجتمعي علاجي يهدف إلى الوقاية من الارتكاس لدى عينة من معتمدي العقاقير. (Carroll & Ohanesian, 1989)
- ولقد أسفرت دراسة جولدابيل (١٩٩٠) عن فعالية المجتمع العلاجي السلوكي فى ارتفاع معدل التشافي لدى عينة من معتمدي العقاقير. (Goldapple, 1990).
- كما يمكن للمجتمعات العلاجية أن توفي وأن تحتوي على جماعات لتوفير التدعيم *Support* للمرضى ومعتمدي العقاقير بشكل فعال ومؤثر. (Devereux, 1990).
- وأكدت دراسة سيمون (١٩٩١) فعاليتها فى توفير التدعيم، والاستعانة بالأسرة لتقديم التدعيم الأسري الاجتماعي لدى معتمدي العقاقير. (Simon, 1991).

- ويقرر راوسون مع آخرين (١٩٩١) فعاليتها خصوصاً إذا تكاملت مع طرز أخرى من العلاجات النفسية والطبية في مساعدة معتمدي الكوكايين على التشافي (Rawson, *et. al.*, 1991).

- وأوضحت دراسة هيجنز (١٩٩٤) مع آخرين فعالية تقديم المجتمعات العلاجية لما يسمى بالتعزيز المجتمعي *Community Reinforcement* وذلك لدى عينة قوامها (٤٠) من معتمدي الكوكايين. (Higgins, *et. al.*, 1994).

- كذلك تجدي المجتمعات العلاجية في علاج حالات التشخيص المزدوج مثل: الاعتماد العقاقيري وبعض الاضطرابات العضوية المتعلقة به مثل الإيدز، أو الدرن الرئوي. (Foley, *et. al.*, 1995).

- كما يمكن استخدامها لدى فئات المرضى العقليين والذهانيين مثل علاج مرضى الفصام Schizophrenia حيث أن فعاليتها لا بأس بها خصوصاً إن كانت تكاملية (Geller, 1995).

- وأكدت دراسة جولدمان (١٩٩٦) أهميتها في علاج الاعتماد العقاقيري، لأنه ينبثق عن سلوك متعلم ومعزز، كما أن المجتمع العلاجي يوفر للمعتمد تعزيزاً إيجابياً وتدعيماً شاملاً يقاوم به ما تعلمه من سلوك اعتمادي. (Goldman, 1996).

- وأكدت دراسة هيثر (١٩٩٦) أهمية التجربة البريطانية في استخدام المجتمعات العلاجية لحل مشكلات الاعتماد الكحولي. (Heather, 1996)

- كما أكدت دراسة موز وآخرون (١٩٩٦) فعالية العلاج المقيم والمجتمع العلاجي، والبرامج العلاجية الإقامية، وبرامج الرعاية المقيمة ، وذلك في مراكز الرعاية الطبية لشئون العسكريين والمحاربين القدماء. (Moos, *et. al.*, 1996)

- وأكد فيرناندز مع آخرين (١٩٩٧) أهميتها في التعامل مع (٥٦) معتمداً للهيروين يعاني من الاكتئاب. (Fernandez, *et. al.*, 1997).

- وهذا يعكس إمكاناتها في التعامل حتى مع حالات التشخيص الممزوج *Dual Diagnosis*.

- كذلك يمكن استخدامها في برامج مقاومة الارتكاس شريطة أن يكون متكاملاً مع علاجات أخرى ليصبح أكثر فعالية. **(L lorente Del Pozo, *et. al.*, 1998)**.

- ولا تقتصر المجتمعات العلاجية على الرجال المرضى، وإنما يمكن أن تستخدم في علاج النساء حتى اللائي وقعن تحت طائلة القانون ***Woman Offenders*** **(Welle, *et. al.*, 1998)**.

- وأوضحت دراسة كارول مع آخرين (٢٠٠٠) فعاليتها في التعامل مع حالات التشخيص المزدوج للاعتماد العقاقيري والإيدز، وذلك لدى عينة قوامها (٧٩) مريضاً. **(Carroll, *et. al.*, 2000)**.

المراجـع

المراجع العربية

١- أحمد عكاشة، (١٩٩٢): الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢- عبد المنعم الحفني، (١٩٩١): موسوعة الطب النفسي، القاهرة: مكتبة مدبولي، (ج٢).

٣- يحيى الرخاوي، (١٩٩٣): الإدمان بين المجتمع الأوسع والمجتمع العلاجي، القاهرة: مطبوعات خاصة.

References

4- Adrian ,M. *et.al.,*(1994): Community based facilities may be replacing hospitals for the treatment of alcoholism : The evidence from Ontario *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 20(4): 529-545

5- Alvarez ,J.R., (1997): The effects of management training on depression, anger ,self-concept and treatment responsibility in a sample of drug dependent individuals in a therapeutic community, *Dissertation Abstracts International*, 58(4-B): 2108

6- Barber, P.G.,(1990): The facilitation of personal and professional growth through experiential group work and therapeutic community practice, *Dissertation Abstracts International*, 52(11-B): 6132

7- Beebe, J.E., (1975) : Acute inpatient intervention , In: Rosenbaum, C.P.& Beebe, J.E. (Ed.) :Psychiatric treatment, crisis, clinic, consultation, New York: Mc Graw-Hill Book Company.

8- Bell, M.D.. &Ryan, E.R. ,(1985) :Where can therapeutic community ideals be realized?, An examination of three treatment environments, *Hospitals & Community Psychiatry*, 36(12): 1286-1291

9- Biase, D.V., (1984): A drug abuse prevention program developed within a therapeutic community , *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(1): 63-68

10- Bleiberg ,J.L., (1990): Therapeutic community treatment for substance abuse : Relationship between program length and treatment outcome ,*Dissertation Abstracts International*, 51(7-B) :3555

11- Braff, D.L., *et.al.*, (1979): The therapeutic community as a research ward : Myths and facts, *Archives of General Psychiatry*, 36(3): 355-360

12- Brajsa, P., (1989): Extended hospital outpatient therapeutic community within the general psychiatric care in the community of varazdin , *Socijalna Psihijatija* , 17(4): 339-347

13- Bratter , B., *et. al.,* (1993) : The residential therapeutic caring community : Special issue: psychotherapy for the addictions, *Psychotherapy,* 30 (2): 299-304

14- Burling, T.A., *et. al.,* (1994): A cognitive-behavioral therapeutic community for substance dependent and homeless veterans: Treatment outcome, *Addictive Behaviors*, 19(6) : 621-629

15- Bush, B.J., (1985): A systems inquiry for self-renewal of therapeutic community : The house of affirmation, *Dissertation Abstracts International*, 46(4-B): 1378

16- Caine, T.M. & Smail , D.J., (1969): The treatment of mental illness, London: University of London Press LTD.

17- Cancrini , M.G., *et. al.,* (1994) : Therapeutic communities , *Journal of Drug Issues*, 24(4): 639-656

18- Carroll, J.F. & Ohanesian ,S. (1989): Relapse prevention in a drug-free therapeutic community, *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2(2): 193-208

19- Carroll, J. F., *et. al.,* (2000): A program evaluation study of a nursing home operated as a modified therapeutic community for chemically dependent persons with AIDS, *Journal of Substance Abuse Treatment,* 18(4): 373-386

20- Carter, M.J., (1984): The total institution and the therapeutic community: Similarities and differences, *Dissertation Abstracts International* , 46(3-A) :797

21- Chin, J., (1981): Predication of environmental perceptions in a prison-based therapeutic community , *Dissertation Abstracts International* , 42(2-B):742

22- Chu, J., (1998): Social and environmental restoration through therapeutic community gardens, *Dissertation Abstracts International* , 37(1) :219

23- Ciompi, L. & Bernasconi , R., (1986): "Soteria Bern " : Initial experiences with a new milieu therapy for acutely schizophrenic patients , *Psychiatric Prais*, 13(5): 172-176

24- Clark, J.H., (1988) : State mental hospitals therapeutic processes and how they correlate with a therapeutic community: A case study of one ward, *Dissertation Abstracts International*, 49(10-B): 4531

25- Clerici, M., *et. al.*, (1988): Drug addiction and psychotherapeutic interventions : Follow up of therapeutic interventions in the families of heroin addicts: The local social health unit and drug addiction : Cognitive analysis and objectives, *Archivio Di Psicologia , Newrologia e Psichiatria*, 49(2): 207-215

26- Cliffside, S., (1989): Cliffside : Four winds-Westchester's program for psychiatric chemical dependency treatment , *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(1): 55-58

27- Collins, J.H., (1985): The assessment of pre-posttest changes in selected personality variables among incarcerated felons participating in a therapeutic community at maximum security federal penitentiary, *Dissertation Abstracts International* , 46(6-A): 1558

28- Cote, J. *et. al.*, (1995) : Public reactions toward the establishment of a community residence for persons with AIDS, alcoholism or drug addiction, *Revue Quebeco De Psychologie* , 16(1): 5-23

29- Devereux, J.P., (1990) : Pre/ Post treatment functioning of poly drug abusers, *Dissertation Abstracts International*, 29(2):228

30- Dollar, S.C., (1998): Retention in selected therapeutic community for poly drug abusers *Dissertation Abstracts International*, 59 (9-A): 3646

31- Drassner ,D. J., (1981) : Hierarchical cohesion to the perception of social climate in a residential drug-free therapeutic community , *Dissertation Abstracts International*, 42(8-B): 3493

32- Dungan, B. M., (1981) : Community meetings in an outpatient therapeutic community and patient self-concept, *Dissertation Abstracts International*, 42 (11-A) : 4766

33- Ebersole, M. L., (1961): A critical comparison of the Anabaptist view of the church and the therapeutic community in

contemporary psychiatric practice, *Dissertation Abstracts International*, 330:179

34- Elberth, M., (1992): Gender responses of therapeutic community residents regarding AIDS & HIV- antibody testing , *Dissertation Abstracts International*, 53 (4-A) :1273

35- Evans, E., (1990): Who is the client? The community occupational therapy support to elderly dementia patients and their careers in West Dorset, *British Journal of Occupational Therapy* , 53(7) : 280-284

36- Fals, S. W., (1993): The effect of cognitive rehabilitation on length of stay in a drug free therapeutic community : A survival analysis , *Dissertation Abstracts International*, 54 (4-B) : 2196

37- Fedirka, P.J. (1981) : Readmission rates in a drug abuse therapeutic community : Evidence of treatment failure or gradual success?, *Dissertation Abstracts International*, 42 (3-B) : 1169

38- Fernandez ,G.C., *et. al.,* (1997) : Depression and cognitive activity: A study in therapeutic communities for drug abusers, *A dictions*; 9(1) : 61-78

39- Flynn, P. M., (1982) : Personality patterns, drugs of abuse and drug treatment : A repeated measures study using the MCMI & TOPS intake and intreatment data, *Dissertation Abstracts International*, 43 (7-A): 2283

40- Foley, M. E., *et. al.,* (1995) n: Tuberculosis surveillance in a therapeutic community , *Journal of Addictive Disorders*, 14 (1) : 55- 65

41- Geller ,J. L., (1995) : A biosychosocial rationale for coerced community treatment in the management of schizophrenia, *Psychiatric Q.* 66 (3): 219-235

42- Goldapple , G.C., (1990) : Enhancing retention : A skills - training program for drug dependent therapeutic community clients, *Dissertation Abstracts International*, 51(12-B) : 6131

43- Goldman ,. D.H., (1996) : Correlates of early attrition in a therapeutic community's treatment of drug abuse, *Dissertation Abstracts International*, 57 (1-B) : 696

44 Hankinson , G.L., (1997): The relationship of vocational identity and other mitigating variables to progress in a substance dependence treatment in a therapeutic community, *Dissertation Abstracts International*, 59(1-A) : 92

45 Havery ,C. J., (1991) : A study of George Lyward: His ideas and their application to contemporary education , (Lyward, G. & therapeutic community), *Dissertation Abstracts International*, 52 (7-A) : 2436

46- Heather ,N. (1996) : The public health and·brief interventions for excessive alcohol consumption: The British experience, *Addictive Behavior*, 21 (6) : 857-868

47- Heimber, E., (1967) : Mental illness and social work , Middlesex : Penguin Books

48- Higgins , S.T., *et. al.*, (1994): Incentives improve outcome in out patient behavioral treatment of cocaine dependence , *Archives of General Psychiatry*, 51(7): 568-576

49- Hoffman , J.H., (1984): Confrontational tools in the therapeutic community for substance abusers, *Dissertation Abstracts International*, 46 (6-B) :2064

50- Holcomb, R. W., (1994): Incorporation new treatment perspectives into a residential , adolescent drug and alcohol program : Special Issue : Narrative mind and practice in child and youth care, *Journal of Child & Youth Care* , 9 (2): 43-50

51- Holland , S., (1987) : Psychopathology of drug abusers and the effectiveness of the therapeutic community, *Dissertation Abstracts International*, 48 (3-B): 877

52- Hornak, M.L., (1990) : A descriptive study of factors associated with dropout in a therapeutic community, *Dissertation Abstracts International*, 28 (4) :530

53- Isralowitz, R. E., *et. al.*, (1992) : Heroin addiction in Israel: A comparison of addicts in prison, community based facilities and non drug users based on selected psychological factors, *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 36 (1) : 63-73

54- Isralowitz ,R. E., *et. al.*, (1994): Psychological characteristics of heroin addicts in Israel A status model comparison, *Journal of Social Psychology*, 134(3) : 399-401

55- Katz, R.I., (1999) : The addiction treatment unit: A dual diagnosis program at the California Medical Facility : A descriptive report , *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1); 41-46

56- Kaufman , E., (1973) : Group therapy techniques used by the ex-addict therapist, In : Rasenbaum, M., (Ed.), Drug abuse and drug addiction, London :Gorodon & Breach Co.

57- Kennard, D., (1983) : An introduction to therapeutic community , London : Routlèdge & Kegan Paul.

58- Krieger ,E. C., (1982) : The effects of therapeutic community treatment on the interpersonal resource needs and self- esteem of drug addicts , *Dissertation Abstracts International* ,43(3-B):913

59- Legow , N. E., (1994) : factors affecting treatment retention for cocaine addicts in a residential therapeutic community : A focus on women : *Dissertation Abstracts International*, 55 (6-B) :2404

60- L Lorente Del Pozo, J.M., *et. al.*, (1998): Psychological and behavioral factors associated with relapse among heroin abusers treated in therapeutic communities, *Addictive Behaviors*, 23(2) : 155-169

61- Lohne , P., (1991) : The difficult sex : A dynamic approach to men's roles and violence in the veksthuset , A therapeutic community for drug addicts, *Tidsskrift For Norsk Psykoloforening*, 28(6) : 493-500

62- Manning , N. P., (1988) : Charisma and routinisation : The therapeutic community movement , *Dissertation Abstracts International* , 49 (5-B) : 1948

63- Masson , J. D., (1985) : A study of the church as Therapeutic community, *Dissertation Abstracts International*, 51 (4-A) : 1263

64- Mccoy , L. W., (1983) : Clinical pastoral supervision of group treatment in a covenant centered therapeutic community for alcohol and drug dependent persons, *Dissertation Abstracts International*, 1977: 1

65- Meade, K. A., (1990) : Negotiations in a therapeutic community , *Dissertation Abstracts International*, 31 (4) : 1595

66- Menick , G. , *et. al.*, (1997): Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult

substance abusers, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* , 23 (4) : 485-506

67- Mider ,P. A., (1982) : Patient treatment approach interaction : personality traits and cognitive- perceptual characteristics of drug addicts in methadone maintenance and in a drug free therapeutic communities, *Dissertation Abstracts International*, 43 (11-B) : 3738

68- Miller , C. E., (1982) : A case study of women in a drug treatment therapeutic community (1976- 1981) : An example of advocacy research, *Dissertation Abstracts International* , 45 (12-B) : 3923

69- Moos, R. h., (1996): Outcomes of residential treatment of substance abuse in hospital and community- based program, *Psychiatric Services*, 47 (1) : 68-74

70- Nathan ,P. E. & Harris, S. L., (1980): Psychopathology and society, New York : Mc-Graw- Hill Book Co. ,(2.ed.)

71- Nel, J. C., (1981): A depth analysis of the influence of a therapeutic community on a small group of certified psychopaths , *Dissertation Abstracts International*, 20 (3): 306

72- Nielsen , A. L., *et. al.,* (1996): Integrating the therapeutic community and work release for drug – involved offenders: the " CREST" program, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13 (4) : 349-358

73- Nieminen , P. A., (1996) : Therapeutic community research and statistical data analysis, *Dissertation Abstracts International*, 57 (4-C) :1147

74- O'-Sullivan•, B., (1985) : Characteristics of therapists in a therapeutic community : Expected and perceived therapist qualities in a psychotheological therapeutic community, *Dissertation Abstracts International*, 46 (8-B) :2819

75- Obrien , W. B. & Halpern , S., (1977) : Drug abuse and alcoholism in youth : A perspective , *Addiction Therapist*, 2(1) :22-26

76- Oittinen, H., *et. al.;* (2001): Lack of reinforcing effects of the benzodiazepine and tricyclic antidepressant combination of diazepam and dothiepin, *Pharmacology*, 62 (2) :124-128

77- Picciulin, R. & Bertogna, C., (1994) : Community, drug addiction and psychoanalysis, *Ecologia Della Mente* , 17(1) : 64-71

78- Rainone,G. A. ,(1985) : The effects of conflicting treatment approaches on the operations and procedures of two types of methadone treatment programs: A study in institutional analysis, *Dissertation Abstracts International*, 46 (8-A) : 2457

79- Ranganathan, S., (1994) : The Manjakkudi experience : A camp approach towards treating alcoholics, *Addiction*, 89 (9) : 1071-1075

80- Rawson, R. A., *et. al.,* (1991) : Cocaine abuse treatment : A review of current strategies, *Journal of Substance Abuse*, 3(4) : 457-491

81- Renner, B. J., (1996) : Factor affecting the treatment response to drug addicted women, *Dissertation Abstracts International*, 58 (2-B) :963

82- Rinaldo , S. G., (1981) : Service productivity in urban drug abuse treatment organizations, *Dissertation Abstracts International*, 42 (6-A) : 2889

83- Rom, R. J., (1981) : An empirical assessment of Mower's theory of psychopathology applied to a therapeutic community, *Dissertation Abstracts International* , 42 (12-A) : 5259

84- Rosas, G. R., (1992) : The evaluation of a Drug and alcohol: Therapeutic community, *Dissertation Abstracts International*, 53 (1-B): 572

85- Rounds-Bryant, J. L. *et. al.*, (1997) : Relationship between self-efficacy perceptions and in- treatment drug use among regular cocaine users, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 23 (3) : 383-395

86- Rowan, S. G., *et. al.*, (1994): A simple reinforcement system for methadone clients in a community based treatment program, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (3) : 217-223

87- Schoket, D., (1992) : The effect of treatment outreach center participation, circumstances, motivation , readiness and suitability for treatment on retention in a residential therapeutic community: A secondary analysis, *Dissertation Abstracts International*, 53 (10-A) :3681

88- Senay , E. C. & Renanlt , P. F., (1971) : Treatment methods for heroin addicts : A review, *Journal of Psychedelic* Drugs, 3 (2): 47- 54.

89- Simon , D., (1991) : Symbiosis or support ? The relationship of perceived family variables to retention in drug abuse treatment (Family support , addiction, therapeutic community & social support) , *Dissertation Abstracts International*, 52 (4-B) : 2314

90- Sonn, J. P., (1988): Program completion and length of stay in a therapeutic community for the treatment of drug abuse, *Dissertation Abstracts International*; 49 (9-B) : 4069

91- Stevens, S. J. & Arbiter, N., (1995) : A therapeutic community for substance abusing pregnant women & women with children : Process & outcome, *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (1) : 49-56

92- Tallichet, R. W., (1984) : Assessment of the ward atmosphere , patient functioning and staff morale in a therapeutic community for psycho geriatric patients, *Dissertation Abstracts International*, 45 (8-B) :2073

93- Toumbourou, J. & Hamilton , M., (1993) : Perceived client and program moderators of successful therapeutic community treatment for drug addiction , *International Journal of The Addictions* , 28 (11) : 1127-1146

94- Traylor, L. H., (1996) : Depression as related to family abuse and family structure in an urban community (Therapy), *Dissertation Abstracts International*, 58 (9-A) : 3432

95- Trombley, R. J., (1997) : Weaving tapestries of life : The group psychotherapy client's experience of extra group interpersonal relationships (Outpatient & therapeutic community , friendship & support), *Dissertation Abstracts International*, 58 (6-B) : 3329

96- Troyer, T. N., *et. al.*, (1995) : The changing relationship between therapeutic communities and 12 step programs : A survey , *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (2) : 177-180

97- Verdu, S. E., (1990) : A Prototype community therapeutic recreation program, *Dissertation Abstracts International*, 28 (2) :233

98- Voight , A. E. , (1983) : A national study of perceived motivational factors and the degree of perceived influence of clinical and community therapeutic recreation supervisors and

subordinates, *Dissertation Abstracts International*, 44 (11-A) : 3491

99- Waldrof, D. & Brill , L., (1971) : Social control in therapeutic communities for the treatment of drug addicts , *International Journal of The Addictions*, 6 (1) : 29-50

100- Wallace, B. C., (1987) : Cocaine Dependence treatment on an inpatient detoxification unit, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4 (2) : 85-92

101- Waters, J. *et. al.*, (1993) : Computer assisted drug prevention and treatment program evaluation, *Computers In Human Services*, 9 (1-2) : 155-162

102- Welch, M. H., (1986) : Suicide , depression and impulsivity effects on length of stay in a community therapy drug program , *Dissertation Abstracts International*, 47 (4-A) :1260

103- Wells, D., *et. al.*, (1998) : Current approaches to drug treatment for women offenders, *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 15 (2) : 151-163

104- Wells, E. A., *et. al.*, (1995): Users of free treatment slots at a community based methadone maintenance clinic, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (1) : 13-18

105- Wiley, J., (1988) : Precarious haven: An ethnography of a holistic therapeutic community for schizophrenics , *Dissertation Abstracts International*, 49 (9-B) :3671

106- Wilmer, H. A., (1981) : Defining and understanding the therapeutic community, *Hospitals & Community Psychiatry* , 32 (2) : 95-99

107- Zettel, J. J., (1992) : Prediction treatment dropout from a therapeutic community for polydrug abusers, *Dissertation Abstracts International*, 53 (4-B) :2080

108- Zusne, L., (1975) : Names in the history of psychology : A biographical sourcebook, New York : John Wiley & Sons.

الفصل الخامس

ديناميات المحيط العلاجى

Therapeutic Milieu Dynamics

أولاً : مقدمة.

ثانياً : تعريفه، وأهميته، وتطور مفهومه وتمايزه.

ثالثاً : مجالات استخدامه.

رابعاً : أهدافه ونظرياته.

خامساً : مبادئه، وشروطه، ومتطلباته، واعتباراته، ومحكاته.

سادساً : تصنيفاته.

سابعاً : مزاوجته مع علاجات أخرى.

ثامناً : تكنيكاته.

تاسعاً : العوامل المؤثرة فيه، وفي عائده.

عاشراً : عواقب سوء استخدامه ومحاذيره.

حادي عشر: التقدير السيكومتري لتقويمه.

ثاني عشر: قضايا وتساؤلات خاصة به.

ثالث عشر: دراسات تقويم فعاليته.

الفصل الخامس
ديناميات المحيط العلاجي
Therapeutic Milieu Dynamics

أولاً : مقدمة

قضايا تتطلب الطرح وتساؤلات تبحث عن إجابة:

ثمة دراسات عديدة قد أجريت في مجال العلاج المحيطي عنيت بطرح تساؤلات أولية فيما يتعلق بطبيعة ذاك العلاج ومتطلباته وفعاليته ومنها على سبيل المثال لا الحصر:

١- ما الذي حدث للبيئة أو المحيط؟ (Almond, 1984).

٢- ما هو حجم المعرفة والخبرة المتوفرة لدينا الآن عن العلاج المحيطي (Vaglum, 1981).

٣- هل التفاعل في المحيط يساعد أم يؤذي؟ (Emrich, 1989). أم أنه لايساعد ولا يضر؟

٤- هل يمكن التواصل بين الطب النفسي والعلاج المحيطي؟ (Dahl, 1981).

٥- هل يجدي التكامل بين المفاهيم الجديدة الخاصة بالوراثة المرضية والمفاهيم العلاجية ، وهل يستوعبها العلاج المحيطي؟ (Ciompi, 1981).

٦- هل يمكن استبدال العلاج المحيطي أو استبدال المحيط أو البيئة. وما هو البديل؟ (Sederer, 1894).

٧- ما التغيرات التي طرأت على العلاج المحيطي منذ عام ١٩٦٢ مروراً بالسبعينات وحتى الثمانينات؟ (Rave- Schwank, 1986).. ثم حتى الآن.

٨- ما الفرق بين العلاج المحيطي أو المحيط العلاجي؟ (Devine, 1981).

٩- ما هي الاتجاهات المتشعبة في العلاج المحيطي؟ (Zeldow, 1979).

١٠- كما لابد أن تطرح عدة تساؤلات فيما يتعلق بأداء دور طاقم التمريض في العلاج المحيطي منها مثالا:

أ- ما مدى التوحد النفسي / الاحساني لطاقم التمريض حول الطب النفسي البيولوجي؟

ب- ما هي الاستجابة المثلى لطاقم التمريض نحو الضغط لخفض إقامة المرضى المشكلين خاصة من الأطفال؟

ج- هل يمكن استخدام العلاج المحيطي بكفاءة وفعالية إكلينيكية للمرضى الداخليين من الأطفال؟

حيث يعلق ديلاني بضرورة الإجابة عن تلك التساؤلات، وضرورة تقديم الخلفيات النظرية المناسبة لطاقم التمريض فضلاً عن الدعم المناسب لهم ولمرضاهم (Delaney, 1992, B.).

١١- ومن التساؤلات أيضاً التي لابد أن تطرح عند التعامل مع الحالات الصعبة، أو المستعصية على العلاج، أو غير المستجيبة للعلاج، أو التي فشل عديد من المعالجات معها: "وإذا لم تفلح... فماذا بعد؟" *"And if that doesn't work.. what next?"*

أي ما الذي يتعين عمله إذا ما أثبتت عديد من المعالجات فشلها مع فئة ما ولتكن فئة فصام؟ (Tuma & May, 1979) إذن لابد أن تكون هناك بدائل، وإجابات أخرى، وسبل متنوعة وفق خطط علاجية معينة إلى غير ذلك من القضايا المطروحة والتساؤلات المستفهمة.

ثانياً: تعريفه، وأهميته، وتطور مفهومه وتمايزه

يبدو أن ثمة مسميات عدة قد تطلق عليه مثل:

أ- العلاج البيئي *Environmental Therapy*

ب- علاج المحيط البيئي أو المؤسسي *Situational Therapy*

وعموماً، فيقصد به تنظيم الظروف المعيشية للمرضى بحيث تساعدهم على التشافي، وقد يتطلب ذلك تغيير محل الإقامة، وإصلاح الأحوال الاجتماعية، والاستعانة بالعلاج الأسري والعائلي وهو ضرب من العلاج المحيطي، وتحقيق البيئة المثلى للمرضى بحيث أن كل دقيقة يقضيها المريض في المؤسسة العلاجية تعد علاجاً له بما في ذلك علاقات المرضى مع الأطباء وطاقم التمريض، ويتم فيه تشجيع المرضى على تعديل اتجاهاتهم وسلوكياتهم الاجتماعية من خلال الأنشطة السلوكية التي يقيمون بها، وذلك حتى لا يصاب المرضى بما يسمى بمتلازمة الانهيار الاجتماعي *Social Breakdown Syndrome* أو عصاب المؤسسات *Institutional Neurosis* ويختلف تنظيم البيئة العلاجية من مؤسسة أو مستشفى لأخرى مع وجود قواسم مشتركة معينة (الحفني، ١٩٩٢، ص ١٠٠٠-١٠٠٢).

ويعرفه كمال دسوقي (١٩٩٠) بأنه العلاج بالبيئة، أي علاج الاضطرابات العقلية، أو اضطرابات سوء التوافق بتغيير البيئة، أو بإجراء تغييرات محددة وجوهرية في بيئة المريض المحيطة أو ظروف حياته الجارية، كما يمكن أن يرادف العلاج الموقفي ***Situational Therapy*** (كمال دسوقي، ١٩٩٠، ص ٨٧٦).

ويقرر ديلاني (١٩٩٢) أنه للتدليل على أهمية العلاج المحيطي فإن هناك فرعاً من الطب النفسي يسمى بالطب النفسي المحيطي ***Milieu Psychiatry*** **(Delaney, 1992, A.)**.

ويدافع كوريجان (١٩٩٥) عن أهمية العلاج المحيطي، ويعد أية إقلال من قيمته نوعاً من سوء الفهم. **(Corrigan, 1995)**.

ويعد العلاج المحيطي من أنسب العلاجات للمرضى الداخليين السيكاتريين الذين يحتاجون علاجاً طويل الأجل، وبشكل متآزر. ***Coordinated***
(Stone & Nelson, 1979)

والحقيقة أن الإقامة في المؤسسة العلاجية – لفترة تطول أو تقصر – يعد من دواعي اللجوء إلى العلاج المحيطي الذي يعد من العلاجات المهمة ذات المغزى **(Peterson, *et. al.*, 1994)**

مفهومه : تطوره وتمايزه

ويعد العلاج المحيطي من العلاجات النفسية الاجتماعية ***Psychosocial treatments*** **(Mosher, & Keith, 1979)**. وتعد العلاجات البيئية الاجتماعية من طائفة العلاجات الإكلينيكية غير العقاقيرية ***Non - drug Clinical Treatments*** مثل العلاج المحيطي**(Kay, 1981)**. كما يعد العلاج المحيطي طرازاً من المعالجة بين النظامية المتداخلة ***Interdisciplinary Treatment*** **(Le Cuyer, 1992)**.

وإذا كانت الرعاية الطبية للمرضى قد تتطلب الإقامة في المستشفى لفترة قد تطول، فالأفضل أن تكون تلك الإقامة.. إقامة علاجية شاملة ومتكاملة بحيث تصبح المستشفى أو المؤسسة العلاجية بيئة علاجية مناسبة، وهذا ما يوفره العلاج المحيطي. **(Mosher, *et. al.*, 1986)**.

ويعد العلاج المحيطي إقامياً **Residential** في أغلبه، وأكثر استخداماً مع المرضى المقيمين الداخليين **Inpatient** وأصلح العلاجات التي يمكن أن تحتوي في جعبتها على علاجات أخرى مساعدة ومتكاملة . **(Silvan, *et. al.*, 1999)**

كما يعد العلاج المحيطي أساساً معبراً عن طراز علاج وأسلوب حياة غير عقاقيري *Non-drug Life Style* (Milkman, *et. al.*, 1980) وإن كان هذا هو المقصود في ثمانينات القرن المنصرم، فإن المفهوم الجديد الذي طرأ على العلاج المحيطي جعله يستوعب داخله أكثر من طراز وأكثر من أسلوب بل وأكثر من اتجاه وفقاً للمنظور التكاملي للمعالجة.

ولقد بدأ العلاج المحيطي رحلته مع المرضى الذهانيين، واستمر يحقق نجاحاته حتى الآن مع تلك الفئة، وازداد اتساعاً باستيعاب فئات اضطرابية أخرى. (Tuck & Keels, 1992).

ويقرر كريشنر، وجونستون (١٩٨٢) أن دور العلاج المحيطي في الطب النفسي في النصف الأول من القرن المنصرم كان مضيئاً كالشمعة ثم ما لبث أن خفت وتضاءل *Has waxed and waned* نتيجة ضغوط علمية، وأيديولوجية واجتماعية مختلفة ثم، ما لبث أن أصبح أكثر أهمية عن ذي قبل عندما تكامل مع العلوم الاجتماعية ليصلها بالعلوم الطبية خاصة مع ظهور حركة معارضة الطب النفسي في العقد السادس من القرن المنصرم، وغدا الآن من الأهمية بمكان. *(Kirshner & Johnston, 1982)*.

ويشيد برنستين (١٩٨١) بالجهود التي بدأت تبذل في الدنمارك، وسائر الدول الاسكندنافية فيما يتعلق بمعالجة الاعتماد العقاقيري، والأخذ بالعلاجات الاجتماعية والبيئية والتي قد تضم الأسر والأبناء والمرضى وفق سياسات علاجية تضع في حسبانها المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية لرعاية الأسر أيضاً ووقايتهم من الاستهداف للاعتماد العقاقيري. *(Berntsen, 1981)*.

تمايز مفهوم المجتمع العلاجي عن العلاج المحيطي

Milieu Therapy Vr. Therapeutic Community

يرى ويلمر (١٩٨١) أن اصطلاح المجتمع العلاجي عادة ما يستخدم لوصف نظام أو ترتيب Array واسع وفسح Vast لتكنيكات العلاج المحيطي (Wilmer, 1981). وثمة علاقة وثيقة بين مفهومي المجتمعات العلاجية والعلاج المحيطي (Melnick & De Leon, 1999):

كما يمكن الجمع بين المفهومين في مؤسسة علاجية واحدة. (Shamsie, 1981). وثمة مراوجة حادثة في أربعينات القرن المنصرم في انجلترا بينهما لتشابك

المفهومين معاً نوعاً ما (Gutheil, 1985) ولكن انفصم المفهومان الآن كل بما يحوي، وبما يؤثر، وبما يرمي إلى.

تمايز مفهوم العلاج المحيطي عن المحيط العلاجي.

Milieu Therapy Vr. Therapeutic Milieu

هناك من يمازج أو يرادف بين مفهومي العلاج المحيط والمحيط العلاجي (Duke & Nowicki, 1979, P. 184). ويقوم العلاج المحيطي أساساً على فكرة أن البيئة وسيط علاجي *Therapeutic Modality* (Kruzich & Kruzich, 1985)

ومفهوم البيئة العلاجية كما يراها كوبل مع آخرين (١٩٨٢) يتضمن البيئة بمختلف جوانبها مثل:

أ- البيئة الفيزيقية Physical

ب- البيئة الإدارية Administrative

ج- البيئة الاجتماعية Social (Coble, *et. al.*, 1982)

ثالثاً : مجالات استخدامه

I حالات اضطرابات فئات عمرية مختلفة: *Various Age Disturbances*

أ ـ حالات الأطفال والمراهقين المضطربين سيكاترياً.

Psychiatric Disturbed Children & Adolescents

الأطفال – بصفة عامة – من ذوي الاضطرابات النفسية المختلفة هم بمثابة مادة مناسبة للتشكيل من خلال العلاج المحيطي ، وهذا ما أيدته دراسات عديدة مثل: مولفيهيل (Mulvihill, 1983) ودراسة دي سوسيو مع آخرين (De Socio, *et. al.*, 1997).

وما يصدق على الأطفال في حال صلاحية العلاج المحيطي معهم. يصدق بالضرورة على فئات المراهقين أيضاً من ذوي الاضطرابات السلوكية (Aarkrog, *et. al.*, 1979).

ويوفر العلاج المحيطي أيضاً فرصة التعامل مع حالات اللزمات العصبية Tics لدى الأطفال في ضوء التعامل أيضاً مع ديناميات الأسرة. (Negishi, 1983)

ويمكن استخدامه مع الأطفال من ذوي اضطرابات التوحد Autism (Otto, 1992)

ويؤكد هانسون مع آخرين (١٩٩٣) أهمية استخدامه مع حالات جناح الأحداث *Juvenile Delinquency* (Hanson, *et. al.*, 1993) ويؤيده في ذلك أطلس (١٩٩٥) من الأطفال والمراهقين (Atlas, 1995).

ويمكن استخدامه مع حالات الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية (Gold, *et. al.*, 1994).

كما يعد صالحاً أيضاً وفعالاً مع حالات الانعصابات الصدموية حتى للأطفال (Lawson, 1998)ب- حالات اضطرابات الشيخوخة *Aging Disorders*

ويعد العلاج المحيطي ضرورياً في حالات الشيخوخة، والتعامل مع كبار السن – خاصة – الذين يتعين عليهم الإقامة في المؤسسات أو المراكز العلاجية أو حتى المستشفيات. وهذا ما أيدته دراسات عديدة منها: دراسة برنيك (Brink, 1980)، ودراسة كيدي (Keddy, 1984).

٢ ـ حالات الاضطرابات العضوية *Organic Disorders*

كما يمكن استخدامه مع حالات إصابات الدماغ الحادة *Severely Head-injured* (McCabe & Green, 1987).

ومن الحالات التي يمكن لها أن يفلح معها – أيضاً – حالات الاضطرابات المخية العضوية Organic Brain Disorders (Steinhausen, 1992).

كذلك تندرج حالات المتلازمة السلوكية لما بعد الإصابة المخية *Post encephalitic Behavioral Syndrome* ضمن الحالات التي يمكن له أن يتعامل معها. (Fialkov, *et. al.*, 1983).

كذلك يمكن استخدامه مع مرضى العته *Dementia*، ومرضى ألزيهايمر *Alzheimer* وهذا ما أثبتته دراسات عديدة مثل دراسة كوكس (Cox, 1985) ودراسة ماكي (Mackie, 1992)، ودراسة كريبس (Krebs, 1997).

فضلاً عن استخدامه مع حالات الإصابة بفيروس عوز المناعة المكتسب *(HIV)*، فضلاً عن إمكان استخدامه مع حالات الاضطرابات المعرفية العصبية *Neurocognitive Disorders* والتي قد تظهر أيضاً مع حالات (HIV). (Ungvarski & Trzcianowska, 2000)

ويستخدم أيضاً مع حالات آلام الظهر المزمنة Chronic Back Pain أو حتى مع الحالات ذات الاستهداف لذلك (Gottlieb, *et. al.*, 1979).

كما يمكن استخدامه مزاوجة مع العلاج الأسري ذى التوجه التدعيمي للتعامل مع حالات مرضى السكر *Diabetes Mellitus*. (Sundelin, *et. al.*, 1996)

فضلاً عن اضطرابات عضوية أخرى مثل:

أ- الأمراض المعدية *Infectious Diseases*

ب- الأمراض الجلدية *Skin Diseases*

ج- الأورام *Trauma*

د- أمراض المناطق الحارة *Tropical Diseases* وما ينتج عن ذلك من انعصاب *Stress*، واكتئاب *Depression*.. إلخ. (Dodd, 1980)

٣ ـ حالات الفصام والاضطرابات العقلية: *Schizophrenia & Mental Disorders*

يقرر يونج، وميلتزر (١٩٨٠) فعالية العلاجات النفسية الاجتماعية مثل العلاجات المحيطة في التعامل مع الفصاميين مع جرعات منخفضة من المضادات العقلية، أو حتى دونها، مطلقاً ، وحتى بعد متابعة لمدة عام (Young & Meltzer, 1980).

ويقرر سكولز (١٩٨٠) أنه لا يمكن الاستغناء عن المعالجة النفسية الاجتماعية (العلاج المحيطي) في التعامل مع حالات الفصام (Schulz, 1980) ويؤيد براون ذلك (Brown, 1981).

وإن كان ريتزلر (١٩٨١) يرى أن العلاج المحيطي من العلاجات الواعدة لمرضى الفصام الهذائي (البارانويا) Paranoia (Ritzler, 1981) فإن بروكر مع آخرين يتفقون معه في ذلك (Broker, *et. al.*, 1995).

ويمكن استخدامه – كذلك – خالياً من أية علاجات طبية، ويكون بمثابة بديلاً عن العلاجات العقاقيرية، ونفسياً بحتاً كما يمكن استخدامه بهذه الصورة مع الذهانيين صغار السن كما يحدث في نورواي Norway (Larsen, 1984).

٤ ـ حالات اضطرابات الشخصية *Personality Disorders*

كما يعد من أنسب العلاجات التي يمكن وصفها لاضطرابات الطبع أو الخلق *Character Disorders* (Gralinck, 1979).

فضلاً عن إمكان استخدامه مع حالات اضطراب الشخصية الحدية *Borderline Personality Disorder*، وهذا ما أثبتته دراسات عديدة منها: دراسة براون

(Brown,1981). ودراسة كيرنبرج، وهاران (Kernberg, & Haran, 1984). ودراسة فينر (Viner, 1985)، ودراسة كابلان (Kaplan, 1986)، ودراسة ويستر (Wester, 1991).

كذلك، فإن فورماته الجيد البنية والبناء والتركيب يمكنه التعامل بنجاح مع حالات سوء التوافق Maladjustment، وحالات العنف Violence، ومع المرضى العدوانيين *Aggressive Patients*، وأصحاب الشخصيات ضد الاجتماعية *Antisocial Personalities*. (Zeiler, 1993)

٥ ـ حالات الاعتماد العقاقيري *Drug Dependency*

يقر ميلكمان مع آخرين (١٩٨٠) بأهمية استخدامه مع حالات الاعتماد الأفيوني (الهيروين) حتى في مرحلة إزالة السمية (Milkman, *et. al.*, 1980). (Van Bilsen & Van Emst, 1986).

كذلك يمكن استخدامه مع حالات

- الاعتماد على الكوكايين *Cocaine Dependence*
- والاعتماد الكحولي *Alcohol Dependence* الناجم عن الانعصابات اللاحقة للمحاربين القدماء في حرب فيتنام *Vietnam Veterans*. (Schnitt & Nocks, 1984).

كما يمكن استخدامه – مع حالات التشخيص المزدوج *Dual Diagnosis* من حالات الاعتماد العقاقيري، فضلاً عن اضطرابات سيكاترية أخرى. والأفضل هنا أن يتخذ العلاج المحيطي المنحى التكاملي (Ahrens, 1998).

٦ـ حالات النساء المضطربات سيكاترياً: *Psychiatrically Disturbed Women*

وينصح باستخدام العلاجات البيئية النفسية الاجتماعية مثل العلاج المحيطي مع حالات الاضطرابات السيكاترية لدى النساء الحبالى واللائي يخشين تعاطي عقاقير علاجية تؤثر على حملهن (Mortola, 1989).

ويمكن لهذا العلاج أيضاً التعامل بفاعلية حتى مع الأمهات الفصاميات اللائي يرضعن أطفالهن، حيث يوفر لهن الرعاية اللائقة، ويحفظ لأطفالهم ويضمن لهم رعاية مناسبة أيضاً (Poole, *et. al.*,).

وفي التعامل مع حالات الفصام الحاد من النساء، ينصح باستخدام العلاج المحيطي مع امكان مزجه ببعض المضادات العقلية.(Harnryd, *et. al.*, 1989)

٧ ـ حالات أخرى متنوعة

ويعد صالحاً أيضاً للتعامل مع حالات فقدان الشهية العصبي *Anorexia Nervosa*. حتى مع صغار السن من تلك الحالات. (Williams, 1982) وأيضاً يمكن استخدامه في حالات اضطرابات الذاكرة مثل حالات الأمينيزيا *Amnesia*.
(Kime, *et. al.*, 1996)

كما يمكن استخدامه مع ذوى الحالات الخاصة (المعوقين) Handicaps.
(Kiltz, *et. al.*, 1981)

رابعاً: أهدافه ونظرياته : *Goals & Theories of Milieu Therapy*

للعلاج المحيطي عديد من الأهداف نوجز منها أهمها فيما يلي، مع افتراض أساسي مؤداه التشافي من المرض، وزوال العرض والذى يعد بمثابة حجز الزاوية في تلك الأهداف، وهذا التشافي لا يتم تحقيقه إلا عن طريق أهداف أخرى يسعى إلى تحقيقها العلاج المحيطي مثل:

١ ـ إعادة التنشئة الاجتماعية *Resocialization*

حيث كما يتضمن العلاج المحيطي بشكل أو بآخر طراز من طرز إعادة التنشئة الاجتماعية للمرضى. (Atlas, 1995).

٢ـ التواصل *Communication*

ويهدف العلاج المحيطي إلى تحسين كم التواصل وكيفه، كما يهدف كذلك لاستمرار التواصل حتى لدى المرضى بعد خروجهم Discharge من المستشفى .
(Choinitzki & Trenckmann, 1982).

٣ ـ التعلم الاجتماعي وتدريب المهارات المختلفة

Social Learning & Various Skills Training

ومما يحسب للعلاج المحيطي أنه يوفر لمرضى الذهان - على سبيل المثال - فرصة التعلم الاجتماعى، واكتساب المهارات للتأقلم مع الحياة اليومية، ويزيد من تواصلهم، واتصالاتهم الاجتماعية، وتفاعلاتهم، ويرقى بأسلوب استغلال وقت الفراغ في ممارسات مجدية وإنجازات مفيدة، وعلاجية في الوقت ذاته لهؤلاء المرضى. (Jost & Saameli, 1998) ويصدق ذلك أيضاً على مرضى الفصام المزمن. (Glynn & Mueser, 1986).

٤ ـ التدعيم والترابط *Support & Collaboration*

وفي العلاج المحيطي جيد البناء يتم ربط المرضى الداخليين بالمرضى الخارجيين. ويتم اجراء نسق تدعيمي مشترك يستمر حتى بعد خروج المرضى من الإقامة خارج المستشفى أو المركز العلاجي مع مساعدة المرضى على تنظيم نشاطاتهم داخل

المؤسسة وخارجها، وزيادة مهارات المواجهة والتعامل لديهم ، ويدلل موراي، وباير (١٩٩٣) بنجاح ذلك في مركز روزاتي Rosati Center الذي يخدم أكثر من (٢٨) شخصاً خلال سنوات خمس ونصف. (*Murray & Baier, 1993*)

٥ ـ تدبر الدفاعات *Defenses Management*

ويتيح العلاج المحيطي فرصة التعامل مع نسق الدفاعات النفسية في حالات الاضطرابات السيكاترية مثل: حالات الاكتئاب مما ينتج عنه تحسناً ملحوظاً في تلك الدفاعات والتشوهات المعرفية الخاصة به وبالتالي التشافي من الأعراض الاكتئابية، وهذا ما توصل إليه نيبكنز، وأوكلي في دراستهما (١٩٩٦) لدى (٣١) مكتئباً بواقع (٢٤) أنثى، و (٧) ذكور (**Kneepkens & Oakley, 1996**).

٦ـ تدبر المقاومة وزيادة الانتظام الذاتي:

Resistance Management & Increase Self –Regulation

ومن أهم أهداف العلاج المحيطي التدعيمي التعامل مع الحالات المقاومة للعلاج من فئات اضطراب الشخصية الحدية من المراهقين لإخضاعهم لتلقي العلاج، والانصياع له، والامتثال له.. وزيادة انتظامهم الذاتي. ويؤكد برادن (١٩٨٤) فعالية هذا الاتجاه في التعامل مع مثل هذه الفئات (**Braden, 1984**).

٧ـ تحقيق التحالف الجماعي: *Group Alliance*

ومن الأهداف الأخرى له المحافظة على التماسك والتحالف الجماعي بين أعضاء المحيط العلاجي ، وتدعيم الأنا **Ego Support** لدى أفراد ذاك المحيط. (**Brden, 1984**).

٨ ـ تحسين العلاقات بين الشخصية: *Improving Interpersonal Relationships*

ويعد العلاج المحيطي من العلاجات التي تتيح فرص فحص العلاقات بين الشخصية وتقويتها، وتحسينها. (**Irwin, *et. al.*, 1991**)

٩ ـ التغير العلاجي: *Therapeutic Change*

وهو يساعد في تحقيق ما يسمى: التغير العلاجي الإيجابي البناء الفعال لدى المرضى مثل الإقلاع عن التعاطي لدى حالات الاعتماد العقاقيري (**Richardson, 1999**).

١٠ـ زيادة الإدراك الإيجابي بالمحيط: *Increase Positive Perception of Milieu*

وانطلاقاً من تأكيد فيسكز(١٩٧٩) لأهمية عامل إدراك المرضى للمحيط العلاجي، وأنه كلما زاد هذا الإدراك بإيجابية كلما تماثلوا سريعاً للشفاء، وضرب مثلاً بذلك في التعامل

مع حالات الاعتماد الكحولي (Fishcer, 1979). فإن ذاك العلاج يوفر فرصة زيادة الإدراك الإيجابي بالمحيط الداخلي والخارجي.

١١. التوعية التعليمية *Education*

والعلاج المحيطي الجيد يسعى لإعادة توعية الأسرة وتوسيع مداركها بوصفها المحيط الأول للمريض، ولذلك يجبذ في العلاج المحيطي استخدام الاستراتيجيات التعليمية للأسرة خصوصاً في حال الاضطرابات العقلية، وذلك لخفض مشاعر القلق، والاكتئاب، والمرض، وزيادة الوعي لدى المرضى، ولدى أسرهم أيضاً. (Kimmel, 1994)

١٢. تناول موضوعات ذات مغزى: *Dealing with Significant Issues*

حيث يستهدف العلاج المحيطي تناول موضوعات شخصية وعلاجية تهم المرضى لفحصها، والتعرف إليها، والإلمام بها، والتعامل معها، مثل:

أ- قضايا الكينونة والهوية *Identity Issues*

ب- ميكانيزمات الدفاع *Defense Mechanisms*

ج- التأقلم الأسري *Family Coping*

د- المغزى الشخصي *Personal Significance*

)McCabe & Green, 1987(

١٣. التعامل مع محيطات علاجية أخرى: *Involvement of Other Therapeutic Milieus*

مثل التعامل مع محيط المدرسة School Milieu ومحيط العمل Job Milieu، وهكذا.

١٤. التعامل مع المحيط الأسري *Family Milieu*

وفي العلاج المحيطي قد تتاح فرصة الاستفادة من وجود أكثر من مريض واحد في أسرة ما، وهنا تتم تقوية الروابط بين الأشقاء وأسرهم من خلال مظلة العلاج المحيطي والأسري والتدعيمي. (Row & Van Dorf, 1992)

١٥. توافق ما بعد الاستشفاء *Post- Hospitalization Adjustment*

ويقصد به مدى شعور الأفراد بالتوافق بعد انتهاء إقامتهم في المستشفيات، وبعد تلقيهم للعلاجات المختلفة، حيث لابد أن يحتوي العلاج المحيطي على تعلم مهارات التعايش بعد الخروج من المستشفى، وينطبق كذلك على الآباء الذين أقاموا فترة في

المستشفى حيث يجب حماية أبنائهم من سوء التوافق الناجم عن غياب رعاية الآباء. .(White, *et. al.*, 1979)

١٦ـأهداف علاجية أخرى

كما يهدف العلاج المحيطي إلى:

أ- مساعدة المرضى على المساهمة في اتخاذ القرار وصنعه

Participation in decision – making

ب-تحمل المسئولية الجماعية تجاه الأحداث في الوحدة العلاجية

Collective responsibility for ward events

(Gutheil. 1985)

ومن الأهداف العلاجية المناطة بالعلاج المحيطي أيضاً والتى يذكرنا بها جاكس (١٩٨٨):

ج- الارتقاء بالصحة Health Promoting

د- صيانة المرض Illness Maintaining

هـ- التحديد والتأكيد Confirming

و- التفاعل Interaction

(Jacks, 1988)

نظرياته:

تعد النظرة التكاملية أفضل الرؤى وأصدق النُظّر، فلذلك سوف ننوه عن ما يعبر عنها ويشير إليها في هذا المضمار وهي نظرية الأنساق المعيشية العامة التي تتناول العلاج المحيطي في ضوء المنحى التكاملي على النحو التالي:

نظرية الأنساق المعيشية العامة: *General Living Systems Theory*

والتي ترى ضرورة اعتبار ما يلي داخل الوحدة العلاجية لتحقيق أقصى استفادة من العلاجات الإقامية داخلها:

أ- أن تحوي إطارات العمل منظومة العوامل العلية المتعلقة بالمناحي الوراثية، والاجتماعية، والثقافية، والتحليلية، والسلوكية، والبيوكيمانية، والسيكوباثولوجية.

ب- أن تتشكل التدخلات العلاجية على نحو شامل مثل التدخلات العلاجية الفردية، والجماعية، والعلاج الأسري، والعلاج ذى التوجه الاستبصاري، والتدعيمين والسلوكي، والعلاج المحيطي، والمعالجة العقاقيرية.

ج- أن تتنوع الفلسفات والاتجاهات، والمهارات تحت مظلة فريق متنوع ومتكامل من الأطباء النفسيين، والسيكولوجيين، وطاقم التمريض، وهيئة المساعدين، والأخصائيين الاجتماعيين، وأخصائي العلاج بالعمل والنشاط، وأخصائي العلاج التعبيري، والإداريين وما إلى ذلك.

(Chase, et. al.,1981)

خامساً: مبادئه، وشروطه، ومتطلباته، واعتباراته، ومحكاته:

Principles. Conditions, Requirements, Considerations & Criterion

I مبادئه *Principles*

١- تصميم المساحة أو المسافة العلاجية.

٢- التكامل الثقافي.

٣- الاستفادة من البيئات الأخرى.

٤- مبادئ علاجية أخرى متنوعة.

١. تصميم المساحة أو المسافة العلاجية *Therapeutic Space Design*

ولابد من الأخذ في الاعتبار المبدأ القائل بتصميم المساحة أو المسافة العلاجية.

ولابد أن يُراعَى ذلك المبدأ في الخططط العلاجية للمرضى حتى للأطفال، ويتشعب هذا المبدأ ليشمل حتى المساحة أو المسافة الفيزيقية Physical Space في الوحدة العلاجية، بمعنى مراعاة المسافة بين كل سرير وآخر في العنبر العلاجي بحيث لا تكون مسافة كبيرة جداً أو صغيرة جداً ولكنها في النهاية لابد أن تكون حتى مسافة علاجية تسمح بالتواصل، والتدعيم، وتسهل التفاعل حتى على مستوى الأسرّة(*) في الوحدة العلاجية .. وهذا من شأنه أن يسهل تحقيق بعض الأهداف العلاجية التي يرمي إليها المحيط العلاجي. *(Cotton & Geratry, 1986)*.

٢. التكامل الثقافي: *Cultural Integration*

ومن الأهمية بمكان حرص القائمين على العلاج المحيطي بتكامل العناصر الثقافية داخل البيئة العلاجية. *(Rosca, et. al., 1991)*

٣. الاستفادة من البيئات الأخرى

مثل بيئة المدرسة، أو بيئة النادى ، أو بيئة العمل، أو حتى بيئة المنزل، خصوصاً في حال التعامل مع الأطفال حيث أن البيئة المنزلية للطفل يمكن أن تصبح بيئة علاجية أيضاً للتنشئة الجيدة للطفل *(Otto,1987)*.

(*) الأسرّة هنا جمع سرير.

٤ـ مبادئ علاجية أخرى متنوعة

ويوصي كل من كان، ووايت (١٩٨٩) بضرورة الالتزام بالمبادئ الآتية في العلاج المحيطي:

أ- خلق بيئة حاضنة للمرضى. *Creating a holding environment*

ب- تطوير برنامج علاجي متدرج *Developing a graduate therapeutic program*

ج- التدعيم *Support* (Kahn & White , 1989)

شريطة أن يكون ذاك التدعيم متنوعاً ومستمراً.

ويقرر والكر (١٩٩٤) ضرورة الاهتمام بتحقيق المبادئ العلاجية المتطلبة التالية من وجهة نظره في العلاج المحيطي مثل:

أ- وظائف البناء *Structure Functions*

ب- الانشغال والاستغراق *Involvement*

ج- التدعيم *Support*

د- المصداقية *Validation*

هـ- الامتصاص *Containment*

وذلك من أجل خلق علاج محيطي صحي وإيجابي وفعال.

(Walker, 1994)

II شروطه:

تتلخص بعض شروطه فيما يلي:

١- فحص المرضى قبل الانخراط في العلاج.

٢- توفير المناخ العلاجي الجيد.

٣- جودة البنية الخاصة به.

٤- أهمية الفرد في جماعة المحيط العلاجي.

٥- مراعاة المعايير والأنظمة.

٦- حيوية دور طاقم التمريض.

١ـ فحص المرضى قبل الانخراط في العلاج: *Patients Investigation before Treatment*

ولابد في العلاج المحيطي التمييز بين نوعين من المرضى:



شكل رقم (٤٨) للتمييز بين نوعى المرضى

لأن سوء خلط المعالجة ينجم عنه مزيداً من الشعور بالفشل *Failure*، ويؤدي إلى النكوص *Regression*. (Anscomber, 1986).

وفي العلاج المحيطي يحبذ ألا يتم وضع كل البرامج وكل المرضى في سلة واحدة أو قائمة واحدة Same Packaged والأحرى أن يتم تعيين العلاجات المناسبة للفئة المناسبة. (Vaughn, *et. al.*, 1995).

٢- المناخ العلاجي الجيد: *Proper Therapeutic Atmosphere*

ويجب للقائمين على العلاج المحيطي أن يضعوا في حسبانهم مدى إدراك المرضى للمناخ أو الجو السائد في الوحدة العلاجية أو المؤسسة العلاجية ككل، لأن هذه الإدراكات تسهل التشافي أو تعوقه خاصة إن كان الأمر يتعلق ببعض المستشفيات ذات الطبيعة الخاصة.. مثل المستشفيات العسكرية أو وحدات الطب الشرعي، وما يتعلق بها من زيادة الأمن وغير ذلك. والعبء هنا يقع على طاقم التمريض في تحسين إدراكات المرضى، وتجنيب العوامل المؤثرة التي قد تعكر صفو مناخ الوحدة أو المؤسسة العلاجية. (Caplan, 1993).

٣- جودة البنية الخاصة بالعلاج المحيطي: *Structure Quality of Milieu Therapy*

لابد أن تكون البنية العلاجية للبرامج المعدة ذات طبيعة تنشيطية مثيرة *Existing* وعلى مستويات مختلفة *Simultaneously*. وذات تنظيم خاص مبرمج *Programmatic Organizational*. وذات تأكيد للرابطة بين المريض والمتعامل معه – *The Worker Patient Bond* وذات طبيعة تدعيمية *Supportive*. (Jacobs & Schweitzer, 1979).

ج- بوصفه مواجه للتناقضات والتباينات في نموذج الدور والمهارات بين الشخصية.

د- بوصفه قائداً محدداً معنياً بمهارات وظيفية مختلفة.

هـ- بوصفه نموذجاً للمعرفة لأفراده وللآخرين من الفريق وحتى للمرضى.

(Yurkovich, 1990).

وثمة دراسات عديدة أثبتت أهمية ذلك، ففي نيجيريا، يؤكد أنوموني (١٩٧٩) أهمية دور الرعاية التمريضية *Nursing Care* في العلاج المحيطي.(Anumonye, 1979)

ويؤكد كل من توك، وكيلز (١٩٩٢) أن دور طاقم التمريض في العلاج المحيطي يعد أهم الأدوار العلاجية فيه (Tuck & Keels, 1992).

ولابد لأفراد طاقم التمريض في العلاج المحيطي أن يعوا عملية تغيرات مسئوليات الدور *Changes of Role Responsibilities* والالتزام بالوقت *Time Commitments* حتى يكتب للعلاج النجاح المنشود. (Krch, *et. al.*,1997)

وفي علاج مرضى (ألزهايمر) لابد أن يتم تطبيق اتجاه أسلوب الحياة Life Style المناسب للمرضى ، خصوصاً إن كان خارج منازلهم تحت مظلة العلاج المحيطي، والعبء الأكبر يقع على طاقم التمريض في ذلك لتوفير إقامة معيشية وبيئة علاجية مناسبة تحوي نشاطات ذات مغزى، مع مراعاة تحسين نوعية الحياة *Quality of Life* لهم. (Simard, 1999).

ولكي يتم – من وجهة نظر ديلاني (١٩٩٢) –أداء دور طاقم التمريض كما يجب في العلاج المحيطي فلابد من تنظيم سلوك ذاك الطاقم في ضوء خمس عمليات هي:

أ- الأمان *Safety*

ب- البناء *Structure*

ج- التدعيم *Support*

د- الاستغراق *Involvement*

هـ- المصداقية *Validation*

(Delaney, 1992, A.)

كذلك يناط به القيام بعلمية ضبط Control العمليات الآتية في البيئة العلاجية:

أ- الطابع أو الأسلوب أو النغمة *Tone*

ب- نسبة التقدم ونمط السير *Pace*

ج- النشاط *Activity*

د- التفعيل *Acting Out*
هـ- العدوان *Aggression*
و- التهيج *Agitation*
ز- المحافظة على الروتين *Keep Routine*

(Delaney, 1994)

ومن الشروط المهمة أيضاً في العلاج المحيطي ما يلي:

أ-مشاركة المرضى في وضع خطط الخروج من المستشفى
Patient's participation in discharge planning

ب-ارتداء الممرضين رداء الخروج إلى الشارع (رداء غير طبي)
Nursing personnel wearing street clothes
(Bradshaw & Twemlow, 1987).

أى أنه لاداعى للممرضين ارتداء الملابس البيضاء أو الزرقاء التقليدية لزى طاقم التمريض ، بل عليهم ارتداء ملابس عادية كالتى يخرجون بها إلى الشارع.

III متطلباته:

١- التلاحم والتحالف العلاجي.
٢- توفير نشاطات خارجية.
٣- تقليل الآثار الجانبية للعقاقير المؤثرة على تفاعل المرضى.
٤- حكومة المرضى.
٥- أهمية الإشراف الإكلينيكي.
٦- متطلبات علاجية أخرى.

١- التلاحم والتحالف العلاجي *Therapeutic Alliance*

ولابد أن يتحقق شرط التلاحم بين الفريق المعالج والمرضى في العلاج المحيطي حيث يصبح الأطباء مثلهم مثل المرضى في الحقوق والواجبات مع الاختلاف الطفيف في إقامة الأطباء ومدتها وفي التدخل العلاجي لهم.. وقد يكون من الجائز أن تكون هناك قيادات من المرضى لتدريبهم على تحمل المسئولية وللتغلب على مشكلة التسرب العلاجي. (Jackson, 1999).

٢- توفير نشاطات خارجية *Out – door Activities*

كذلك فإن من عوامل نجاح العلاج المحيطي مع حالات مثل: العته أن يحتوي على نشاطات خارجية (أي خارج نطاق المستشفى).(Cohen & Werner, 1999)

٣- تقليل الآثار الجانبية للعقاقير المؤثرة على تفاعل المرضى
Reduce the Side Effect of Medications on Patient's Interaction

وفي العلاجات المحيطية التي تمزج مع العلاجات العقاقيرية يجب مراعاة عدم تأثير تلك الأخيرة على تواصل المرضى وتفاعلهم . كما يجب تقليل الآثار الجانبية لتلك العقاقير حتى لا تفسد على المرضى استفادتهم من العلاج المحيطي خاصة إن كان المرضى من المسنين الذين يعانون من العته.(Wettstein, 1989)

ورغم ذلك لا يمكن الاستغناء عن دور الصيدلية في العلاج المحيطي خصوصاً لدى المسنين الذين يحتاجون إلى تسهيلات رعاية عقاقيرية طويلة الأجل ، وهو ما يطلق عليه صيدلية المسنين *Geriatric Pharmacy* (Steinberg, 1982) .

٤ـ حكومة المرضى *Patient Government*

وتعد أحد صور المشاركة والتفاعل في العلاج المحيطي ، حيث ينظم المرضى أنفسهم لأغراض مختلفة كالنقاش وإصدار التوصيات حول بعض بنود سياسة المستشفى. وبعض القواعد المعمول بها، والتخطيط للمناسبات الاجتماعية، وتحسين ديكور المستشفى. والقيام بإرشاد الزوار ، واستقبال المرضى الجدد وتوجيههم وما إلى ذلك. (الحفني، ١٩٩٢، ص ١٠٠٣).

٥ـ أهمية الإشراف الإكلينيكي *Clinical Supervision Importance*

أية عمل اكلينيكي الطابع لا يخضع لإشراف إكلينيكي أيضاً بشكل واقعي وجيد لا يؤتي بثمار طيبة. ويعد الإشراف الإكلينيكي بمثابة أداة تعليمية *Learning Tool* للمعالج في العلاج المحيطي *(Critchley, 1987)*.

٦ـ متطلبات علاجية أخرى

ومن متطلبات العلاج المحيطي أيضاً العمل على تنمية دافعية المرضى لتلقي العلاج وزيادة المتغيرات التالية لديهم:

أ- التلقائية *Autonomy*
ب- النشاطات *Activities*
ج- الواجبات *Duties*
د- الضبط *Control*
هـ- الاستجابات *Correspondences*
و- تمايز الواجبات *Duty Differentials*

(Hobrucker, 1991)

وفي العلاج المحيطي للأطفال لابد من مراعاة أن يحتوي على إشباع الاحتياجات التطورية والنمائية لهم *Developmental Needs* ، كذلك لابد أن يحتوي على مرحلة علاجية للصيانة *Maintenance*، وعموماً لابد أن يتوافر فيه ثلاثة شروط هي:

أ- شاملاً *Comprehensive*

ب- ممتداً *Extended*

ج- تكاملياً *Integrated*

(Bleiberg, 1990)

ومن متطلبات العلاج المحيطي كما يركز عليها ماكي (١٩٩٢): ضرورة أن يفي العلاج بمتطلبات واحتياجات مرضاه، وأن يحثهم على الالتزام، والحضور، والمواظبة، والمتابعة، وتوفير المعلومات اللازمة لهم، وتقديم التدعيم الكافي ليس للمرضى فحسب بل للفريق المعالج أيضاً. ***(Mackine, 1992)***

ومن متطلبات نجاح العلاج المحيطي مقاومة الميول والاتجاهات والمسارات ضد العلاجية *Antitherapeutic Trends* وكذلك النزعات التدميرية، وسوء التنظيم، والانحراف، والاعتمادية سواء أكان ذلك للفريق أم للمرضى. ***(Kahn, 1994).***

ومن الشروط والاعتبارات العلاجية المتطلبة أيضاً في العلاج المحيطي:

أ- أن يكون آمناً ***Safe***

ب- أن يحتوي على دروس متعلمة ***Learned Lessons***

جـ- أن يكون ارتقائياً ***Developmental***

د- أن تسجل فيه الملاحظات الشخصية ***Personal Observations***

هـ- أن يكون متحدياً ***Challenging***

و- أن يحتوي على الفئات العمرية ذات الصلة بالموضوع.

(Desocio, et. al., 1997)

IV اعتباراته

ومنها مايلي:

١- أهمية اتجاهات المعالج والفريق.

٢- المعالج البديل.

٣- الاعتبارات العلاجية للأمراض المعدية.

٤- اعتبارات علاجية أخرى.

٤ ـ اعتبارات علاجية أخرى

كذلك يجب مراعاة الاعتبارات الآتية في العلاجات التي تحتاج إلى استشفاء وإقامة مؤسسية:

أ- محكات دخول المستشفى *Admission Criteria*
ب - اتجاهات التدبر العلاجي للمريض *Patient Management*
ج- تخطيط الرعاية اللاحقة *Aftercare Planning*
د- تدريب الطاقم العلاجي *Staff Training*

(Schoonover & Bassuk, 1983)

ويؤكد أرفين يالوم (١٩٨٩) عدة اعتبارات علاجية في المحيط العلاجي منها: إعداد معايير عامة علاجية وسلوكية يلتزم بها المرضى ويمتثلون لها، مع تقوية الروابط بينهم وبين الفريق، واحترام وقت المرضى وعدم تبديده في نشاطات لا طائل منها، وتجنب تعارض نشاطين للمرضى في وقت واحد،وتعويد المرضى، على الالتزام بالدقة والتحديد وحضور كل النشاطات العلاجية المسجلة لهم.. والعمل على تلاحم كل أفراد المحيط. *(Vinogradov & Yalom, 1989, P. 118-120)*

ويؤكد ترابلر مع آخرين (١٩٩٥) ضرورة اعتبار التوجه الديني لدى المرضى، واختلافات العقائد الدينية وما شابه ذلك بين المرضى في العلاج المحيطي، لأنه من العوامل المؤثرة ليس فقط في العائد العلاجي وإنما حتى في مبدأ تقبل العلاج من البداية خاصة لدى المرضى الذين يحتاجون مدة إقامة طويلة. **(Trappler, *et. al.*, 1995).**

V محكاته :

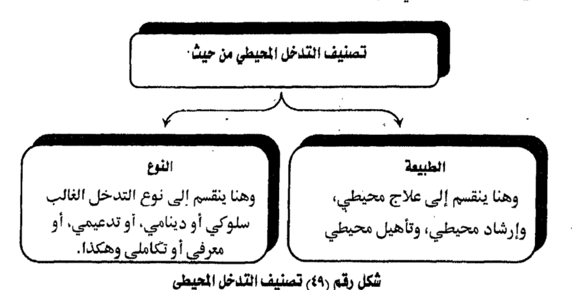
ولقد خلص جوسي (١٩٨١) إلى استخراج ثمانية عوامل هي بمثابة محكات أساسية لنجاح العلاج المحيطي وهي:

١- توفر مناخ تعبيري *Expressive Climate*
٢- توفر فريق مدرب *Trained Staffing*
٣- استخدام أنساق تدعيمية *Use of Support Systems*
٤- الاستقرار والاتزان *Stability*
٥- بناء المحيط *Constructing The Milieu*
٦- تخطيط الخروج *Discharge Planning*
٧- الإثارة والتنشيط *Stimulation*
٨- الاتجاه الإيجابي للفريق. *Positive Staff Attitude*

(Gouse, 1981)

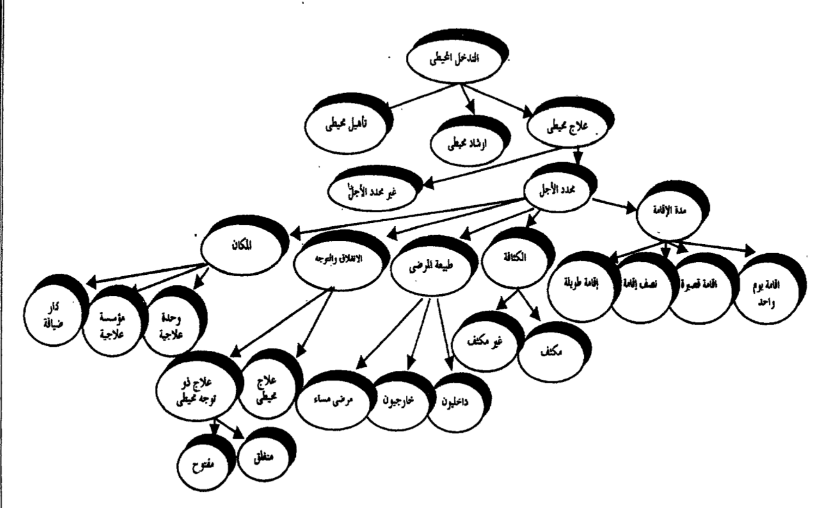
سادساً: تصنيفاته *Classifications*

حظى التدخل المحيطي بنوعين من التصنيف هما:



شكل رقم (٤٩) تصنيف التدخل المحيطي

ويوضح الشكل التالي القسم الأول من التصنيف وهو تقسيم وفقاً لطبيعة التدخل:



شكل رقم (٦) تصور مقترح لطبيعة التدخل المحيطي

I التصنيف من حيث مدة الإقامة:



شكل رقم (٥١) تصنيف العلاج المحيطي من حيث مدة الإقامة وطبيعتها (تصور مقترح)

أ- العلاج المحيطي وفق نظام إقامة ليوم واحد: *One Day Stay Milieu Therapy*

ويمكن استخدام العلاج المحيطي تحت مظلة علاج اليوم الواحد نظراً لما يقرره ماكي (١٩٩٢) عن فعاليته (Mackie, 1992). ولقد أعد أول برنامج علاجي محيطي في بريطانيا يقوم على أساس اليوم الواحد في عام (١٩٦١) وكان ذلك للأطفال والمراهقين المضطربين. *(Hersov, 1988)*

ويمكن استخدام أكثر من مزيج علاجي مع العلاج المحيطي حتى في برامج اليوم الواحد في المستشفى أو المؤسسة أو المركز أو الدار العلاجي في التعامل مع حالات اضطرابات المراهقة. (Levin, *et. al.*, 1982)

- كما نوه روزن مع آخرين (١٩٨٨) عن فعالية برنامج علاجي محيطي يدعى: برنامج علاجي ليوم مثير *Existing Day Treatment Program* وذلك للتعامل مع السلوكيات اللاتوافقية للمراهقين (Rosen, et, al., 1988) .

ويمكن تلقي العلاج المحيطي من طراز اليوم الواحد في المستشفيات التي تطبق نظام يوم الرعاية الواحد الكامل أو في مراكز رعاية اليوم الواحد *A day Care Centers* (Simard, 1999).

ويمكن استخدام العلاج المحيطي مع كبار السن أيضاً حتى في المستشفيات التي تقدم نظام الرعاية ليوم واحد شريطة أن تحتوي الخطة العلاجية على مكونات تكاملية:

علاجات طبية، وفيزيولوجحية، ونفسية، واجتماعية.. وهذا هو العلاج المحيطي المطلوب والفعال مع عدم إغفال تقوية دافعية الأفراد وشحذها لتلقي مثل هذه العلاجات وزيادة تفاعلهم مع معالجيهم..(Schutz, 1995).

وأسفرت دراسة ماتزنر مع آخرين (١٩٩٨) عن فعالية العلاج المحيطي (نظام رعاية ليوم واحد) في أحداث التحسن المطلوب لدى عينة من المضطربين سيكاترياً. (Matzner, *et. al.*, 1998).

ب ـ العلاج المحيطي قصير الأمد *Short – Term Milieu Therapy*

ولابد من تحديد مدة المقرر العلاجي للعلاج المحيطي بدقة لأن استخدام الطراز قصير الأجل مع فئة علاجية لا تناسبه لا يأتي بعائد علاجي مناسب، مثل استخدام ذلك الطراز قصير الأجل مع الأطفال من ذوي الاضطرابات السيكاترية السافرة. (Bleiberg, 1990). ويعد العلاج المحيطي قصير الأمد من حيث مدة الإقامة إذا قلت المدة عن ثلاثة أشهر (Viner, 1985).

كما يمكن استخدام العلاج المحيطي من خلال برنامج استشفائي قصير الأجل للتعامل مع حالات الفصام (Brown, 1981). ويقرر دالتون مع آخرين (١٩٨٧) أن العلاجات الإقامية مثل العلاج المحيطي يفضل أن تكون قصيرة الأمد وبشكل تكاملي، لأن ذلك قد يُفضّل اقتصادياً بشكل دولي. (Dalton, *et. al.*, 1987).

ج ـ العلاج المحيطي وفق نظام نصف إقامة: *Half – Way Milieu Setting*

ويمكن تطبيق العلاج المحيطي في مرحلة التأهيل في الأقسام العلاجية نصف الإقامية *Half-way Departments* أو المؤسسات نصف الإقامية *Half – Way Institutes* (Furedi, 1981).

وتعد دور الإقامة الخارجية، أو النصف إقامية أحد وسائل ممارسة العلاجي المحيطي، وتوفر ما يسمى الحياة اليومية Daily life للمرضى (Brucher,1988).

وتعد مراكز الإعاشة ذات العلاجات النفسية الاجتماعية بمثابة دور ضيافة *Guest-Houses* (Van- Eynde, 1979).

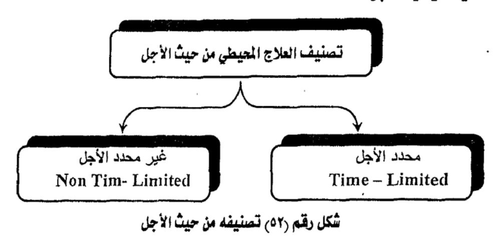
ويعد مشروع فندق فينوود *The Fenwood Inn* مثالاً جيداً لتطبيق المحيط العلاجي في أمريكا (Buffett, 1988).

د ـ العلاج المحيطي طويل الأمد: *Long –Term Milieu Therapy*

وقد يمتد العلاج المحيطي طويل الأجل أو الأمد إلى مدة تناهز ثلاث سنوات. (Warner, 1993, A). ومع المسنين، قد تفلح العلاجات البيئية الإقامية طويلة الأمد التي

قد تمتد لتسعة أشهر أو أكثر، وهذا ما تؤكده المفاييس النفسية والعصبية التي تقوم العائد العلاجي لهم. (Mishara, 1979).

II التصنيف من حيث الأجل



شكل رقم (٥٢) تصنيفه من حيث الأجل

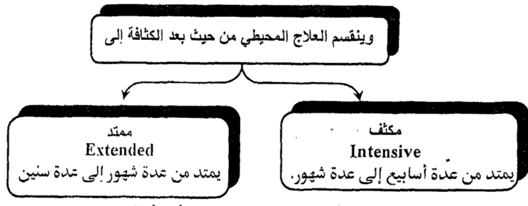
أ ـ العلاج المحيطي محدد الأجل: *Time- Limited Milieu Therapy*

كما يمكن تطبيق العلاجات المحيطية وفق نظام الإقامة الاستشفائية محددة الأجل *Time – Limited Hospitalization* حيث أثبتت فاعليتها في التعامل مع الأطفال من ذوي الاضطرابات السيكاترية، وهذا ما أوضحته دراسة دوهرتي مع آخرين (١٩٨٧) على عينة قوامها (٢١٢) حالة دخول عبر ثلاث سنوات، وأسفرت النتائج عن أن (٦٣٪) منها استفادت علاجياً وحُولّت إلى معالجة أخرى أقل كثافة وفي العيادات الخارجية. (Doherty, *et. al.*, 1987)

بـ العلاج المحيطي غير محدد الأجل: *Non Time- Limited Milieu Therapy*

ويشبه الطراز الممتد أو المفتوح.

III التصنيف من حيث الكثافة:



شكل رقم (٥٣) تصنيفه من حيث الكثافة

أ ـ العلاج المحيطي المكثف: *Intensive Milieu Therapy*

والكثافة لا تعني أن يكون العلاج قصير الأمد بل يمكن تطبيق العلاج طويل الأمد بشكل مكثّف أيضاً.. أي أن الكثافة تعني زيادة حجم تكرار الجلسات لا إنقاصها.

ويؤكد جندرسون (١٩٨٠) أن الدراسات الحديثة في مجال العلاج المحيطي قد أكدت فعاليته خاصة الطراز المكثف منه في التعامل مع حالات الفصام غير المزمن. *(Gunderson, 1980).*

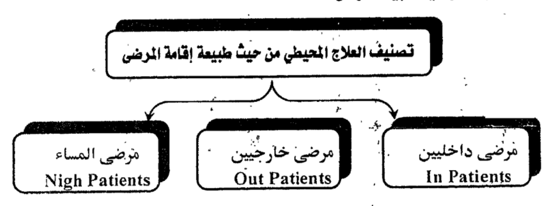
ويعد تعامل العلاج المحيطي مع حالات اضطراب الشخصية الحدية من خلال مقرر علاجي مكثف تحدياً يخطئ من يظن أنه بالهين. *(Kaplan, 1986).*

ويعرض جونسون مع آخرين (١٩٩٦) لأهمية برنامج علاجي محيطي طويل الأمد ولكن بشكل مكثف يستمر لمدة أربعة أشهر، وذلك لدى عينة قوامها (٥١) مفحوصاً من المحاربين القدماء في فيتنام، حيث أسفرت النتائج عن تقلص سلوكيات العنف وأفكار العنف لديهم ، وقلة عدد مشاكلهم القانونية مع تحسن علاقاتهم بين الشخصية وعلاقاتهم الأسرية والأخلاقية والمعنوية ولكن بعد متابعة دامت (١٨) شهراً ظلت بعض الأعراض دون تحسن.. *(Johnson, et. al., 1996).*

ب ـ العلاج المحيطي المفتوح أو الممتد: *Open-Ended & Extended Milieu Therapy*

ويقرر كريشنر (١٩٨٢) أن الإقامة الاستشفائية غير محددة الأجل أو مفتوحة النهاية **Open- ended Hospital Stay** لا تعني بالضرورة الإتيان بعائد إيجابي للمرضى.. ويجب أن تخضع قضية الإقامة إلى عملية ضبط **Control**، وحتى وإن لزم الأمر فيمكن أن تكون الإقامة عبر وحدات علاجية **Stay across units** كما يجب ألا ننسى قضية التكلفة. **(Kirshner, 1982).**

IV التصنيف من حيث طبيعة المرضى:



شكل رقم (٥٤) تصنيفه من حيث طبيعة إقامة المرضى

والعلاج المحيطي لا يقتصر استخدامه على المرضى الداخليين بل يمكن استخدامه مع المرضى الخارجيين ، كما يمكن استخدام على نمط وسيط من المرضى وهم ما يطلق عليهم المرضى الليليين أو مرضى المساء Night Patients أي الذين يلجأون إلى المستشفى في الليل فقط لنظراً لانخراطهم في عمل ما في النهار. ويمكن لمؤسسة علاجية واحدة أن تضم هذه الفئات الثلاث معاً داخلياً مثلما يحدث في مستشفى زيورخ للخدمات السيكاترية الاجتماعية بألمانيا *Zurich Sociopsychiatric Services Hospital* *(Zimmer & Uchtenhagen, 1979).*

وفي العقد السابع من القرن المنصرم ثمة اتجاهات حديثة في العلاج المحيطي في ألمانيا بدأت في التطور..منها على سبيل المثال مفهوم العيادة السيكاترية الليلية *Psychiatric Night Clinic* وهي بمثابة دور علاجية نصف إقامية *Halfway Therapeutic Houses* لعلاج مرضى الفصام.(Gmur, 1983).

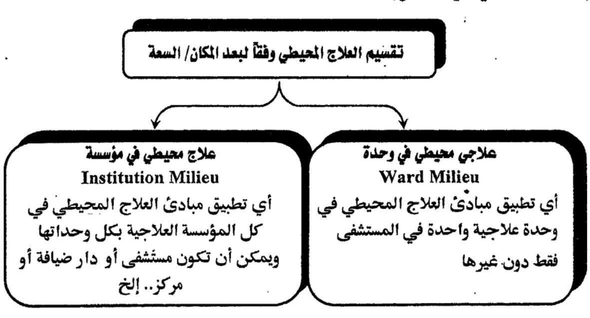
V التصنيف من حيث الانغلاق والتوجه



(Wester, 1991).

شكل رقم (٥٥) تصنيفه من حيث بعدى الانغلاق والتوجه

VI التصنيف وفقاً للمكان/ السعة



شكل رقم (٥٦) تصنيفه من حيث بعد المكان/السعة

VII الإرشاد المحيطي *Milieu Counseling*

لا يقتصر استخدام "المحيط" بوصفه علاجاً، وإنما يمكن استخدام أيضاً على مستوى الإرشاد المحيطي، ويتحدد ذلك وفقاً لنوع المشكلات التي يعاني منها المسترشدون، وهذا يتطلب إعداد مرشدين محيطين **Milieu Counselors** للتعامل مع حالات مثل:

- أ- الإشباع الوظيفي **Job Satisfaction**
- ب- الإنجاز **Achievement**
- ج- الدافعية **Motivation**
- د- تقدير الذات **Self – esteem**

ويجب أولاً حل هذه المشكلات لدى القائمين على الإرشاد المحيطي ثم ما يلبثوا أن يصبحوا أكثر تأهيلاً لحلها لدى من يعانيها. (Readon, 1993)

ويصلح الإرشاد المحيطي للأطفال من ذوي المشكلات السلوكية من أجل توفير التدعيم **Support**، والتوجيه **Guidance** لهم من خلال فريق مدرب في عمليات التأهيل والتدريب والتوجيه والإرشاد المحيطي. (Mohr, *et. al.*, 1998).

VIII التأهيل المحيطي *Rehabilitative Milieu*

حيث يغلب عليه طابع التأهيل.. والتأهيل هنا عدة أنواع قد يكون تأهيلاً علاجياً أو تقديم العلاج المحيطي في مرحلة التأهيل، أو تطبيق مبادئ التأهيل المهني *Vocational & Occupational Rehabilitation* في المحيط العلاجي فيصبح بمثابة تأهيل محيطي للأفراد. *(Duke & Nowicki, 1979, P. 184)*

وإن كان ذلك ينهي تصور التدخل المحيطي من حيث طبيعته، فإنه يتبقى لدينا إلقاء الضوء على تصور تصنيف التدخل المحيطي من حيث النوع.. أي نوع التدخل وهنا يتم التصنيف إلى (١٤) نوعاً.

١- علاج محيطي دينامي (تحليلي).

٢- علاج محيطي سلوكي.

٣- علاج محيطي تعليمي.

٤- علاج محيطي معرفي.

٥- علاج محيطي ديني وروحاني.

٦- علاج محيطي دافعي.

٧- علاج محيطي أسري.

٨- علاج محيطي لين.

٩- علاج محيطي غير مختص باتجاه معين.

١٠- علاج محيطي متحذلق.

١١- علاج محيطي عام.

١٢- علاج محيطي تدعيمي.

١٣- علاج محيطي تدعيمي ذو صبغة تكاملية.

١٤- علاج محيطي تكاملي.

١- العلاج المحيطي الدينامي *Psychodynamic Milieu Therapy*

ويمكن للعلاج المحيطي أن يصطبغ بأية صبغة علاجية أخرى، كأن يكون علاجاً تحليلياً أو دينامياً ، ويعني ذلك أن يحتوي على جلسات تحليلية تتعلق بتحليل ديناميات الشخصية وصراعاتها وطرحها لدى المرضى. فضلاً عن تحليل العلاقات المتبادلة بين المرضى

وطاقم التمريض، وقد تكون تلك العلاقات هي الأداة الرئيسة في فهم المرضى ومساعدتهم مع الاستعانة بالأدوات السيكومترية لقياس تلك التحليلات وتقدير تلك القياسات. *(Holmqivist & Armelius, 1994)*

ويؤكد بول (١٩٧٩) ضرورة التعامل مع الاضطرابات السيكوسوماتية *Psychosomatic Disorders* والتي تعرف الآن باضطراب النمط الجسمي *Somatoform* من خلال العلاج المحيطي التحليلي *Analytic Milieu*. *(Pohl, 1979)*.

ويؤكد ريد (١٩٨١) أهمية العلاج المحيطي ذي الصبغة التحليلية، أو العلاج التحليلي الممزوج مع العلاج المحيطي شريطة الانتباه إلى الاعتبارات والضروريات العلاجية الأساسية والمتطلبة لتحقيق الاستفادة المطلوبة من هذا الاتجاه في التعامل مع المرضى وتطوير المواقف المناسبة للتعامل مع ميكانيزمات عقلية لاشعورية وتطويع الأساليب العلاجية المساعدة على ذلك. *(Reid, 1981)*

ومن المظاهر العلاجية التي تظهر في العلاج المحيطي ذي الصبغة التحليلية: الطرح، والطرح المضاد، والعلاقة بالموضوع الداخلي، وغير ذلك من المفاهيم التحليلية. *(Gabbard, 1988)*

وفي الدنمارك، يؤكد روزنبوم مع آخرين (١٩٨٧) فعالية العلاج المحيطي الدينامي في التعامل مع الذهانيين.(Rosenbaum, *et. al.*, 1987)

ويعد العلاج المحيطي من العلاجات الناجحة التي تفلح في التعامل مع المرضى الذين يعانون من التمركز حول الذات Egocentricity خاصة إذا اتسم الإطار التحليلي من العلاج المحيطي (Biroc, 1990).

ويقرر رينزلي (١٩٩٠) أهمية بل وفعالية العلاج المحيطي خاصة المصبوغ بصبغة دينامية في التعامل مع حالات الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات نمائية، واضطرابات التوافق، والشخصيات الحدية، واضطرابات الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorders وذلك لأنهم بطبيعة الحال قد يحتاجون إلى معالجة إقامية، أي بالتالي علاجاً محيطياً، والأحرى أن يكون دينامياً. (Rinsley, 1990).

وأيدت دراسة روزي مع آخرين (١٩٩٥) فعالية العلاج المحيطي ذي الصبغة الدينامية حتى بصورته المكثفة التي تتبع نظام رعاية اليوم الواحدة ولمدة أربعة أشهر في التعامل مع حالات: الاكتئاب العام، والقلق الزائد، والديستيميا. (Rosie, *et. al.*, 1995).

وفي العلاج المحيطي الدينامي والتحليلي يمكن ملاحظة ظاهرة الطرح، والطرح المضاد، وتعد هذه الظواهر بمثابة نسق أو منظومة محيطية فضلاً عن الظواهر اللفظية وغير اللفظة، والخبرة الحية التي يوفرها العلاج المحيطي يمكن لها أن تتعامل مع تلك الظواهر. *(Whalley, 1994).*

ولقد لاحظ هولمكفيست، وآرميليس في السويد (١٩٩٦) أن حوالي (١٥)٪ من المعالجين يتورطون في الطرح المضاد أثناء العلاج المحيطي نتيجة أفعال المرضى وسلوكياتهم ومشاعرهم. (Holmqvist & Armelius, 1996)

وفي دراسة أخرى للباحث الأول بالاشتراك مع فوجلستام (١٩٩٦) أيضاً أكدا فيها أن عمليات الطرح والطرح المضاد تتأثر بالمناخ العام للمؤسسة السيكاترية أو الوحدة العلاجية Unit's Climate ولقد أسفرت النتائج عن أن الوحدات العلاجية التي تتميز بالعمل والمزاوجة ترتبط بالمشاعر المساعدة والمجهلة في الوقت ذاته، بينما عكس ذلك بالنسبة للوحدات العلاجية التي تتسم بالاعتمادية والمشاجرة. (Holmqvist & Fogelstam, 1996).

٢- **العلاج المحيطي السلوكي** *Behavioral Milieu Therapy*

وهو العلاج المحيطي البنية السلوكي الصبغة.. أي يغلب عليه الطابع السلوكي، ويطبق فيه العلاج السلوكي ومبادئه. ويصلح غالباً للمراهقين.. ويهدف إلى:

أ- تنمية الشعور بالمسئولية *Responsibility*

ب- تنمية السلوك الإيجابي *Positive Behavior*

ج- خفض معدل الكبح الآلي للمرضى *Reduction Of Mechanical Restraint*

كما أن العلاج المحيطي ذى التوجه العلاجي السلوكي يمكنه التعامل مع حالات فقدان الشهية العصبة التي قد تحتاج إلى تعديل سلوك *Behavioral Modification.* (Eckert, *et. al.*, 1979)

ومن الدراسات التي أيدت فعاليته، دراسة بيترسون مع آخرين (١٩٩٤) والتي خلص فيها الباحثون إلى أن العلاج المحيطي السلوكي قد استطاع بوساطة (١٥) فرداً من طاقم التمريض تحرير عينة من المراهقين المضطربين سلوكياً من الأعراض المرضية التي كانوا يعانون منها بواقع (٥٦٪) في الأشهر الثلاثة الأولى من العلاج، وبواقع (٨٢٪) في الأشهر الثلاثة التي تليها.. وأوصى الباحثون بإمكان تطبيق ذلك في المدارس، وفي

المجتمعات العلاجية الإقامية، كما يمكن تطويره ليتوافق مع التطبيق المنزلي. (Peterson, et. al., 1994).

كما يصلح العلاج المحيطي السلوكي مع حالات إيذاء الذات الناتج عن اضطراب الشخصية الحدية. (Winchel & Stanley, 1991)

ولقد أسفرت دراسة هيرسكبرج (١٩٩٩) عن فعالية المزج العلاجي بين العلاج المحيطي والعلاج السلوكي لدى عينة قوامها (٧١) مراهقاً يعانون من الاضطرابات السلوكية، حيث أسفرت الدراسة عن نتائج إيجابية في انخفاض أعراض السلوك العدواني، والسلوك غير الاجتماعي، والتغير الإيجابي في الاتجاهات خاصة الاتجاه نحو التغير، وتلاشي معظم أعراض اضطراب المسلك Conduct Disorder. (Hirschberg; 1999)

كما يمكن تطبيق العلاج المحيطي السلوكي بفعالية مع الأفراد من ذوي إصابات الدماغ المكتسبة *Acquired Brain Injuries* وذلك للتعامل مع السلوكيات السالبة مثل:

أ- العدوان *Aggression*

ب- الانسحاب *Withdrawal*

ج- اللاكف *Disinhibition*

د- تدمير الذات *Self – destruction*

وذلك عن طريق تقديم أو استخدام التقنيات الآتية:

أ-تفهم أن مهما كان السلوك صعباً فإنه لابد له أن يحتوي على:

١- وظيفة **Function**

٢- غرض **Purpose**

٣- معنى **Meaning**

ب- استخدام تقنية التدعيم والتعزيز *Reinforcement* وذلك للسلوكيات البديلة *Alternative Behaviors*

ج- تقنية تعليم المهارات *Teaching Skills*

د- تقنية خفض السلوكيات غير المرغوبة *Reducing Unwanted Behaviors*

هـ- تقنية سبر غور المتغيرات والعوامل المرتبطة بتلك السلوكيات.

و تقنية دراسة الحالة *Case Study*

تقنيه تتبع العائد *Tracking Outcome*. (Yody, *et. al.*, 2000)

٣. العلاج المحيطي التعليمي *Educational Milieu Therapy*

كذلك يمكن أن يحتوي العلاج المحيطي على نماذج علاجية تعليمية لتزيد من فعاليته . وهذا ما أيدته دراسة فورست مع آخرين (١٩٩٣)، وذلك لدى عينة من الأطفال والمراهقين في إحدى المستشفيات السيكاترية في نبراسكا.
(Furst, et. al., 1993).

كذلك أكد روند فعاليته محتوياً على استراتيجيات تعليمية في تحسين كثير من التوظيفات النفسية الاجتماعية، وذلك لدى عينة قوامها (١٢) مريضاً مراهقاً من مرضى الفصام، وذلك على مدار سنتين. (Rund, *et. al.*, 1994).

ويقرر ورستال وآخرون (٢٠٠٠) أهمية استخدام التكنولوجيا التعليمية مثل استخدام الأفلام والفيديو بوصفها وسيطاً تعليمياً من خلال العلاج المحيطي.
(Wormstall, *et. al.*, 2000).

٤ـ العلاج المحيطي المعرفي *Cognitive Milieu Therapy*

كذلك يمكن استخدامه مصطبغاً بصبغة العلاج المعرفي والممزوج معه، خاصة مع المرضى الداخليين ، وبالأخص الذين يعانون من حالات الاكتئاب.
(Stuart, *et. al.*, 1997).

٥ـ العلاج المحيطي الديني أو الروحاني : *Religious & Spiritual Milieu Therapy*

كما يمكن الاستعانة بالعلاجات الدينية والروحية تحت مظلة العلاج المحيطي، خاصة لدى المراهقين المضطربين انفعالياً، ومع الفتيات المراهقات، وصغار الراشدين.. وذلك من أجل تعديل تصلب الفكر، وقصوره، خاصة لدى فئة الوسواس القهري، وبعض فئات الفصام مع تركيز العلاج على زيادة الروابط بين المرضى ومحيطهم الذي يعيشون فيه.
(Bina & Schneider, 1998)

٦ـ العلاج المحيطي الدافعي *Motivational Milieu Therapy*

والذي يغلب عليه طابع شحذ دافعية المرضى لتلقي العلاج، والسعر نحو التغير الإيجابي، ودافعية مواصلة التشافي، وهكذا. *(Van Bilsen & Van Emst, 1986).*

٧ـ علاج المحيط الأسري *Family Milieu Therapy*

ويمكن استخدام العلاج المحيطي في ضوء العلاج الأسري، والإرشاد العائلي، وتوجيه الآباء والأبناء في حال مرض أحد الأبناء.
(Schepker, *et. al.*, 1995)

٨ ـ **العلاج المحيطي اللين** *Lax Milieu Therapy*

وهو العلاج الماص للغضب والعنف والتوتر، والباعث على جلب الاسترخاء والهدوء والسكينة والاستقرار، وكظم الانفعال السالب وضبطه والسيطرة عليه، لذلك فهو يستخدم كل تكنيكات الاسترخاء لامتصاص سلوكيات العنف والعدوان والشغب لدى المرضى السيكاتريين. (Rosenbaum, 1991).

٩ـ **العلاج المحيطي غير المختص باتجاه معين**: *Non – Specific Milieu Therapy*

ويؤكد أبتر، وتيانو (١٩٨٨) أن العلاج المحيطي حتى غير المحدد، أو العام أو غير المختص باتجاه معين قد يفلح مع فئات مرضية متعددة مثل اضطراب الوسواس القهري للمراهقين الذين قد لا يتعاونون بشكل فعال مع العلاج السلوكي أو العلاج العقاقيري، ومع ذلك فهم يستجيبون للعلاج المحيطي غير المختص باتجاه معين. (Apter & Tyano, 1988).

١٠ـ **العلاج المحيطي التحذلق**: Sophisticated *Milieu Therapy*

ويسمى بالعلاج رفيع المستوى، ويستمد رفعة مستواه الأدائي والتكنيكي والفني عالي التقنية من المستوى التعليمي للمرضى الذين ينخرطون فيه (Gabbard, 1988).

١١ـ **العلاج المحيطي العام** *General Milieu Therapy*

ويقترح كل من بالدوين، وراموز (١٩٨٦) تطبيق مبدأ العلاج المحيطي حتى في المستشفيات العامة التقليدية، ويلقي بذلك على عاتق مشرفي الرعاية والمسئولين عن خطط الرعاية الصحية، وينادي الباحثان بضرورة أن تتكامل تلك الجهود بين المراكز والمؤسسات والمستشفيات بهذا الشأن. *(Baldwin & Ramos, 1986)*.

١٢ـ **العلاج المحيطي التدعيمي** *Supportive Milieu Therapy*

وهو العلاج المحيطي ذو الصبغة التدعيمية أي الذي يوفر كل سبل التدعيم ومصادره بشتى أنواعه وأشكاله وصوره.

ولقد خلص روك في دراسته مع آخرين (١٩٩٢) إلى فعالية ذلك الطراز في التعامل حتى مع مرضى الذهان. (Rock, *et. al.*, 1992).

كما يتميز العلاج المحيطي بأنه يحتوي على بعد التدعيم الاجتماعي من المرضى، والطاقم، والفريق، ومجتمع المستشفى، والأسرة، والمجتمع الخارجي، حتى في التعامل مع حالات الفصام. (Aebi, *et. al.*, 1993).

١٣- العلاج المحيطي التدعيمي ذو الصبغة التكاملية:

Supportive (Integrative) Milieu Therapy

حيث يغلب عليه الطابع التدعيمي وينحو نحو الاتجاه التكاملي، أي يمكن استخدام العلاج العقاقيري أيضاً فيه مثل التعامل مع حالات إيذاء الذات الناتج عن خلل في الموصلات العصبية، والمستقبلات العصبية، وحالات الاعتماد العقاقيري، وحالات التخلف العقلي، وحالات الذهان، ومجتمعات السجون، واضطرابات الشخصية الحدية. (Winchel & Stanley, 1991).

١٤- العلاج المحيطي التكاملي *Integrative Milieu Therapy*

ويؤكد بول (١٩٧٩) أن المعالجة العيادية التي تهدف إلى تقديم طرز تدخلية مختلفة تحوي بينها العلاج المحيطي.. لهي معالجة ذات وظيفة تكاملية *Integrating Function* (Pohl, 1979).

ويمكن تطبيق الاتجاه التكاملي مع مرضى الذهان حيث يتم المزج بين العلاج المحيطي مع علاجات نفسية أخرى. (Haugsgierd, 1981).

وخلص ستينر في دراسته مع آخرين (١٩٨٠) إلى فعالية العلاج المحيطي ذي التوجه التكاملي في التعامل مع حالات اضطراب الوسواس القهري، حيث انخفضت الأعراض بدرجة جوهرية حيث لاشتمال الصبغة التكاملية على: العلاج المحيطي، والعلاج السلوكي، والعلاج الأسري والزواجي، والعلاج المهني (بالعمل)، والعلاج الطبي العقاقيري، وأيضاً العلاج الترفيهي *Recreational Therapy* (Steiner, *et. al.*, 1980).

كما يمكن استخدام العلاج المحيطي ذي الشكل المتكامل مع حالات اضطراب الشخصية ضد الاجتماعية *Antisocial Personality Disorder*.

(Shamsie, 1981).

ويؤكد ستوري (١٩٨٢-١٩٨٣) فعاليته في التعامل مع حالات فقدان الشهية العصبي. (Story, 1982-1983).

كما يؤكد كل من فوربز ومادرون (١٩٨٨) فعاليته في برامج اليوم اللاحق أو ما يسمى بعلاج الأنساق *Systems Therapy*. (Forbes & Maddron, 1988).

وفي ألمانيا يشيد كل من فيتزيل بولزر، وراسورن (١٩٨٨) بأهمية تجربة العلاج المحيطي في دار تمريض *Nursing Home* للمرضى في فرانكفورت Frankfurt من

ذوي الإصابات الدماغية. وعته الشيخوخة، والذي يغلب عليه طابع: الدار التكاملي
(Weitzel – Polzer & Rasehorn, 1988). .Integrated Housing

وينصح كل من أديلمان، وويز (١٩٨٩) بفعالية المعالجة التكاملية المكثفة والتي تحوي ضمن ما تحوي العلاج المحيطي وذلك في التعامل مع المرضى الداخليين من معتمدي الكحول. .(Adelman & Weiss, 1989).

ومن الأمثلة الواضحة للعلاج المحيطي التكاملي في ألمانيا ما يسمى: سوتريابيرن *(Soteria Bern)*. والذي يأتي بنتائج إيجابية تقدر بنحو ثلاثي ٢/٣ " المرضى الفصاميين.
(Ciompi & Bernasconi, 1986).

ويؤكد كل من كان، ووايت (١٩٨٩) إمكان تكامل العلاج المحيطي في فهم العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية لتقديم إطار عمل ***Frame Work*** لمعالجة مناسبة Adequate قصيرة الأمد مكثفة *Treatment* ***Short-Term Acute*** لمرضى الفصام
.(Kahn & White, 1989)

وتصف دراسة كيرج مع آخرين (١٩٩٤) فعالية العلاج المحيطي جيد البنية، التكاملي الصبغة والصياغة الذي يمتد لمدة ستة أشهر في التعامل مع مرضى الفصام المزمن.
(Kurg, *et. al.*, 1994)

ولا غرو للعلاج المحيطي أن يدخل ضمن دائرة العلاج التكاملي لمرضى الفصام. حيث أن الاتجاه الحديث في علاج مرضى الفصام هو تكامل عدة علاجات مثل: العلاج الكيميائي مع العلاج التعليمي والعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج المحيطي، والعلاج الأسري والتدريب على اكتساب المهارات وهذا ما يقرره فالون ويناصره كثيرون في ذلك.
(Falloon, 1992).

وفي المعالجة المحيطية التكاملية لابد من توفير برامج تدريب تكاملية حتى لمرضى الفصام من ذوي الإقامة الطويلة، وذلك للارتقاء بالقدرات المعرفية والاجتماعية، وزيادة التواصل، وتنمية المهارات المختلفة. *(Kruger, et. al., 1993).*

كما يمكن تطبيق تقنيات علاجية مساعدة من خلال العلاج المحيطي مثل:

أ- العلاج الفيزيولوجي ***Physiotherapy***

ب- علاج الجهد العضلي ***Ergotherapy***

ج- العلاج التعليمي ***Logopedia***

ومثل هذه العلاجات تساعد في العملية التأهيلية المحيطية خصوصاً للمرضى المسنين، وممن يعانون من العته.. *(Gatterer & Rosenberger, 1996)*.

ويعد العلاج المحيطي أرضاً خصبة لتطبيق العلاج التكاملي للحالات المشكلة من المرضى السيكاتريين، وفرصة مثمرة لتطبيق فكرة الفريق العلاجي التكاملي المتعاون الفعال، والذي يتيح فرصة المراجعة، والفهم، وإدراك العمليات الدينامية، والتحليلية، ووضع خطة علاجية شاملة ومتفهمة، ويمنح سياقاً يحمي المريض، ويرقى بسلوكه المرضي المعوج، ويدلل مننجر ويشيد بذلك من خلال مستشفى مننجر في كنساس بالولايات المتحدة الأمريكية *(Menninger, 1998)*.

وأسفرت دراسة كوهن مع آخرين (٢٠٠٠) عن فعالية العلاج المحيطي في التعامل مع حالات التحول الجنسي شريطة أن يبدأ العلاج في مرحلة باكرة وأن ينحو نحو الاتجاه التكاملي. (Cohen, *et. al.*, 2000).

سابعاً : مزاوجته مع علاجات أخرى:

يمكن- كما سبق القول-استخدام العلاج المحيطي مستقلاً أو ممزوجاً مع نمط علاجي آخر أو أكثر.

ويمكن المزاوجة بين الطب النفسي، وطب النساء والتوليد في ضوء العلاج المحيطي في التعامل الأسري والتعامل العلاجي مع النساء والأطفال بل والأقارب.. فضلاً عن العلاج الزواجي، وعلاج الثنائيات، وكل ذلك تحت مظلة العلاج المحيطي (Muller, 1987).

كذلك يمكن المزاوجة بين العلاج المحيطي وبين برامج الوقاية من الارتكاس *Relapse Prevention* (Wallace, 1987).

كذلك يمكن استخدام العلاج المحيطي طويل الأجل الممزوج مع العلاج العقاقيري مثل: سيبرترون أسيتيت *Cyproterone Acetate* في التعامل مع حالات الجنسية المثلية السادية ذات طراز هوس جماع الأطفال لواطاً *Sadistic Homosexual Pedophilia*.. (Bradford & Pawlak, 1987).

ويمكن المزاوجة بين العلاج المحيطي الدينامي مع العلاج الأسري ذي التوجه نحو الأزمة *Crisis Oriented Family Therapy* شريطة أن يتم بطريقة صحيحة مع مرضى الفصام وإلا سيكون العائد ضعيفاً.(Lehtinen, 1993)

كما يمكن المزج في العلاج المحيطي بين:

أ- العلاج الدينامي.

ب- العلاج السلوكي.

وذلك لتحقيق أقصى استفادة من ثلاثتهم في التعامل مع حالات الأطفال المضطربة سيكاترياً. (Kennedy, *et. al.*, 1990).

ويمكن استخدامه مع العلاج الحسي المتعدد *Multisensory Therapy* لخلق بيئة علاجية تشحذ الحس بشكل متعدد وشامل مما يصلح مع حالات التوتر الزائد والانعصابات مما يؤدي إلى زيادة شعورهم بالاسترخاء *Relaxation* كذلك فإنه يصلح للتعامل مع حالات ذوي صعوبات التعلم *Learning Disabilities*. (Slevin & Mcclelland, 1999).

ثامناً : تكنيكاته *Techniques*

وللعلاج المحيطي عدة تكنيكات خاصة به، وأخرى يستعيرها من العلاجات الأخرى، وفيما يلي نوجز بعضها:

١- تكنيك إعادة تصميم البنية البيئية.

٢- تكنيك المعالجة الاستشفائية المعيدة للبنية.

٣- تكنيك مزج المرضى.

٤- تكنيك الممارسة والمساهمة الفعالة للمرضى.

٥- تكنيك جماعات النشاط.

٦- تكنيك معايشة المرضى من قبل الفريق المعالج.

٧- تكنيك المعايشة المجتمعية الواقعية.

٨- تكنيك المشاركة القيمية.

٩- تكنيك الملاحظة.

١٠- تكنيك مواجهة الضغوط.

١١- تكنيك حل المشكلات.

١٢- تكنيك البوح الذاتي.

١٣- تكنيك التعاقد.

١٤- تكنيك الحفز.

١٥- تكنيك تنشيط التفاعل.

١٦- تكنيك التفاعل الوالدي.
١٧- تكنيك لعب الدور.
١٨- تكنيك اللقاء المجتمعي.
١٩- تكنيك السجل المكتوب.
٢٠- تكنيك المعسكرات العلاجية.
٢١- تكنيك المشاركة المضبطية.
٢٢- تكنيك استخدام المدرسة كوسيط أو محيط علاجي.
٢٣- تكنيك الخرائط النفسية الحيوية الاجتماعية.
٢٤- تكنيك التثبت الوصفي المرجعي الممركز حول المريض.
٢٥- تكنيك الرجفة الكهربية.
٢٦- تكنيك الاستشارات الهاتفية.
٢٧- تكنيك الترفيه والدعابة.
٢٨- تكنيك المحاورة العلاجية أو العلاج الحواري بين شخصين.
٢٩- تكنيكات علاجية أخرى.

١- تكنيك إعادة تصميم البنية البيئية: *Redesign of Environmental Structure*

وهو أحد الاتجاهات العلاجية الخاصة بالعلاج المحيطي ويعني إعادة صياغة متغيرات البنية العلاجية ، وإعادة تصميم عواملها، وذلك بإيجاد التفاعل بين البيئة الفيزيقية *Physical Environment* والمجتمع العلاجي أو البيئة العلاجية Therapeutic Milieu ، ويبدأ ذلك الاتجاه تنفيذه بداية من الوحدة أو العنبر في المؤسسة العلاجية. (Whitehead, *et. al.*, 1984).

وفي العلاج المحيطي، فإن البنية الإقامية Residential Structure تعد في ذاتها أداة علاجية *Therapeutic Instrument* ..(Uchtenhagen, 1984).

٢- تكنيك المعالجة الاستشفائية المعيدة للبنية: *Reconstructive Hospital Treatment*

وهذه المعالجة تفلح مع حالات الشخصية الحدية التي تخلق واقعاً لا لتعيش فيه فقط بل لتتفاعل معه أيضاً. وهنا يأتي دور إعادة البناء العلاجي لمثل هذه الحالات. وهنا ينبه براون (١٩٨٠) لخطورة الطرح المضاد من الفريق تجاه مثل هذه الحالات. ويؤكد فعالية هذا الاتجاه العلاجي الذي اقترحه زي Zee (١٩٧٥) لتقوية وظائف الأنا لدى أرباب

الشخصيات الحديثة وربطها بالواقع الفعلي وليس الواقع المتخيل، وتحسين العلاقة بالموضوع..(Brown, 1980).

٣ - تكنيك مزج المرضى *Patient Mixsure Technique*

أي مزج المرضى في أكثر من وحدة لصناعة محيط علاجي شامل، وينقل ماركوف ما انتهى إليه في دراسته مع آخرين (١٩٨١) من نجاح تجربة مزج المرضى العضويين مع المرضى السيكاتريين في وحدة علاجية واحدة، وتلقي العلاج المحيطي الإقامي مع العلاج العقاقيري، مع تسهيلات ترفيهية *Recreational Facilities* وذلك لدى عينة إجمالية قوامها (٢٥٦) مريضاً طبياً وسيكاترياً في أحد المستشفيات العامة الأمريكية، ولقد أسفر ذلك عن زيادة معدل التفاعل، والاستفادة للجميع. .(Markoff, *et. al.*, 1981)

٤ - تكنيك الممارسة والمساهمة الفعالة للمرضى: *Active Participation of Patient*

وتعد الممارسة الفعالة للمرضى في العلاج المحيطي من الأساسيات اللازمة والضرورية والمهمة والتي لا غنى عنها (Hansson & Berglund, 1987)

٥- تكنيك جماعات النشاط *Activity Groups*

ويوفر العلاج المحيطي فرصة تحسين التفاعل والتواصل والمهارات المتعلقة بذلك، كما يزيد من فعالية الإدراك الذاتي للمرضى لمشكلاتهم سواء تم ذلك بالجماعات العلاجية اللفظية، أو بجماعات النشاط التي يستحثها العلاج المحيطي. (De Carlo & Mann, 1985)

٦- تكنيك معايشة المرضى من قبل الفريق: *Patient/ Staff Interliving*

ورغم أن فريك (١٩٧٩) يشيد بالدور الذي يلعبه معهد بيثيل *Bethel Institution* للتدريب السيكاتري في ألمانيا على فنيات العلاج المحيطي، والاجتماعي، والتعليمي لكثير من المعالجين والطلاب وغيرهم من المهن المختلفة حتى من المدارس، فإنه ينتقد ذلك بأن القضية ليست فقط في التعليم والتدريب، وإنما القضية ذات القصوى في الأهمية هي المعايشة، والخبرة، والتواجد مع المرضى، والمشاركة، ويوصي بضرورة اعتبار هذه القضية التي تتكامل مع التدريب .(Fricke, 1979)

٧- تكنيك المعايشة المجتمعية الواقعية *Real Community Living*

أي تعريض المرضى من وقت لآخر لظروف مجتمعهم لاختبار مدى فعاليتهم في التعامل معه والتأقلم.. أي أن يتم ذلك بوصفه نمطاً تدريبياً واختبارياً في آن واحد.

والمرضى الذين يحرموا من المعايشة المجتمعية الحقيقية أثناء العلاج المحيطي هم أكثر تعرضاً للارتكاس بعد خروجهم من المستشفى لأنهم يعدون المجتمع الخارجي بمثابة انعصاب شديد لهم. (Cobb, 1989)

ووفقاً لكفاءة طاقم التمريض، يمكن اعتبار البيئة العلاجية والعلاج المحيطي بمثابة: عالم حقيقي Real World للجميع مرضى وفريق..*(Keltner, 1985)*.

٨ـ **تكنيك المشاركة القيميّة** *Value Sharing*

وتعد المشاركة القيمية من الأساليب العلاجية والأهداف العلاجية في آن واحد المستخدمة في العلاج المحيطي لفئات اكلينيكية متعددة مثل: معتمدي الكحول *(Costello, et. al., 1979)*.

٩ـ **تكنيك الملاحظة** *Observation*

ويعد المحيط العلاجي بمثابة تكوين عضوي اجتماعي *Social Organism* ويتطلب استمرار عمليتي الملاحظة والتفاعل من كل المشتركين فيه..(Szajnberg, 1985)

١٠ـ **تكنيك مواجهة الضغوط** *Stress- Coping*

كما يجب تدريب المرضى في العلاج المحيطي على مواجهة الضغوط الممكنة، والمحتملة، والمتوقعة خاصة عند الخروج من المتشفى، أو الوحدة العلاجية تجنباً للارتكاس أو إعادة الاستشفاء *Rehospitalization* مما لا ينصح به اقتصادياً.

(Dincin & Witheridge, 1982).

١١ـ **تكنيك حل المشكلات** *Problems Solving Technique*

ويعد جاك (١٩٨٩) العلاج المحيطي بوصفه استراتيجية لحل المشكلات *Milieu As A Problem -Solving Strategy* خاصة في التعامل مع حالات الاعتماد العقاقيري *(Jack, 1989)*.

وفي التعامل مع الأطفال المضطربين سيكاترياً يمكن للعلاج المحيطي أن يستعين بالتكنيكات المعرفية *Cognitive*، وأسلوب حل المشكلات، وخلق بيئة متحدية ومثيرة للأطفال. *(Simons, 1984)*.

١٢ـ **تكنيك البوح الذاتي** *Self-disclosure Technique*

ويؤكد وارنر (١٩٨٤) أهمية استخدام تكنيك البوح الذاتي من خلال من العلاج المحيطي لمساعدة المرضى على إفراغ ما بداخلهم للفرز والاستبصار والاستفادة والتحليل. *(Warner, 1984)*.

١٣- تكنيك التعاقد *Contracting Technique*

ويمكن استخدام هذا التكنيك من خلال العلاج المحيطي قصير الأمد ذي الصبغة السلوكية (Hansson, *et. al.*, 1984).

١٤- تكنيك الحفز: *Catalysis Technique*

ويعد العلاج المحيطي بمثابة مادة علاجية حفّازة Catalyst لابد أن تتبع برعاية مجتمعية *Community Care* خاصة في التعامل مع حالات السلوك الانحرافي لدى الفئات السيكوباتة. (Lachance & Coles, 1989).

١٥ - تكنيك تنشيط التفاعل *Interaction Activation Technique*

وفي العلاج المحيطي يتم تنشيط التفاعل على مستويات ثلاثة: -



شكل رقم (٥٢) مستويات تنشيط التفاعل

١٦- تكنيك التفاعل الوالدي *Parental Interactions Technique*

وفي العلاج المحيطي للأطفال لابد أن تشتمل البيئة العلاجية على الأسرة، وخصوصاً الوالدين، ومن الأهمية بمكان تفاعل الوالدين حتى مع طاقم التمريض وهو ما يطلق عليه: العلاقة التفاعلية بين الوالد/ التمريض.

Intersectional Relationship of Parent/ Nurse (Scharer, 1996).

١٧- تكنيك لعب الدور *Role Play Technique*

يعد كذلك من التكنيكات الشائعة الاستخدام في العلاج المحيطي ويمكن استخدامه حتى في ضوء النمط التحليلي من العلاج المحيطي. *(Biroc, 1990)*.

١٨- تكنيك اللقاء المجتمعي *Community Meeting Technique*

ويوصي ميدنيك (١٩٨١) بضرورة اعتبار مبدأ تقوية البيئة وإعادة تنشيطها *Reactivation & Innervation with Environment* حتى تصبح البيئة علاجية بشكل مناسب، كما ينوه عن أهمية اللقاء المجتمعي بين المرضى والفريق كنسق من أنساق العلاج المحيطي، وأحد أساليبه العلاجية الشائعة. *(Mednick, 1981)*.

١٩ـ تكنيك السجل المكتوب *Record Book Technique*

ونظراً لوجود عبء كبير يقع على عاتق طاقم التمريض في العلاج المحيطي، لذلك لابد من وجود سجل يعكس التدخلات اليومية العلاجية ويكون ذلك غير تلك الملاحظات اليومية التي تكتب في ملفات المرضى. *(Kuhlmey & Lautsch, 1988)*.

٢٠ـ تكنيك المعسكرات العلاجية *Therapeutic Camping Technique*

ويمكن اللجوء إلى نظام المعسكرات العلاجية تحت مظلة العلاج المحيطي، وقد تأخذ شكل رحلة سنوية معسكرية للوحدة العلاجية *Annual Unit Camping Trip*. *(Mccaughan, 1982)*.

٢١ـ تكنيك المشاركة المطبخية *Kitchen Sharing Technique*

ويعد تصميم البيئة الفيزيقية في العلاج المحيطي من الأمور المهمة، كذلك الحال، فإنه لابد من حضر المصادر العلاجية في البيئة مثل المطبخ والذي يعده ديفيز في دراسته مع آخرين (١٩٧٩) من أهم المصادر العلاجية التي يجب الاهتمام بها. (Davis, *et. al.*, 1979).

٢٢ـ تكنيك استخدام المدرسة كوسيط أو محيط علاجي

Using School as a Therapeutic Milieu Technique

وفي التعامل مع حالات الأطفال في سن المدرسة من خلال العلاج المحيطي، فإن الأمر يستلزم أيضاً احتواء ذاك العلاج على متغير المدرسة وإضافة العلاج الفردي. والعلاج العقاقيري إن لزم الأمر فضلاً عن العلاج الأسري. والمهم في الأمر عدم إغفال عامل التدخل المدرسي.. لأن المدرسة بيئة علاجية أيضاً ووسيط لابد من الاستفادة منه. **(Dalton, *et. al.*, 1989).**

ويتم ذلك إما في بيئة المدرسة بالإضافة إلى إقامة الأطفال في المستشفى جنباً إلى جنب، أو الاستعانة ببعض المعلمين وبعض التلاميذ من المدرسة لخلق بيئة مدرسية علاجية داخل المستشفى، ويتم ذلك وفق تخطيط وتنسيق إداري علاجي بين المستشفى والمدرسة.

٢٣ـ تكنيك الخرائط النفسية الحيوية الاجتماعية : *Psychobiosocial Maps Technique*

وهي عبارة عن معادلة دينامية تقدم في صورة بيانية توضح التفاعل البيني أو الداخلي للعوامل المنظمة للأعراض والسلوكيات المرضية، وطبيعة العلاقات بين تلك العوامل التي قد تزيد أو تقلل من تلك الأعراض والسلوكيات، ومثل هذه الخرائط تعد بمثابة أداة مفيدة Useful Tool في العلاج المحيطي، والتعليم السيكاتري (Molina, 1982).

٢٤- تكنيك الثبت الوصفي المرجعي المركز حول المريض:

Patient – Centered Bibliography Technique

والذي يقدم من خلال الخدمات المكتبية للوحدة العلاجية **Uniting Library Services** والذي يحوي كل ما يتعلق بالمريض من تشخيصات، وفحوصات، وتحليلات، وعلاجات، ويحوي أيضاً مقالات علمية تتعلق بالأعراض الباثولوجية والعلاجات النفسية المستحدثة، ويفيد منها المريض والمعالج وكل المحيطين. **(Soth, 1986)**.

٢٥- تكنيك الرجفة الكهربية *ECT Technique*

كما يمكن استخدام العلاج بالرجفة الكهربية ***Electroconvulsive Therapy*** خاصة مع حالات الاكتئاب الكبير (العقلي) وذلك في إطار العلاج المحيطي، شريطة أن يكون استخدامه بالطرق الإنسانية المتفق عليها أخيراً لأنه يساعد على سرعة استجابة المرضى لتلقي الاستفادة من العلاجات الأخرى، ولو أن هذه القضية تتأرجح بين فريقين. فريق يوافق ويعترض فريق. **(Levenson & Willett, 1982)**

٢٦- تكنيك الاستشارات التليفونية *Telephone Consultations Technique*

ورغم أن فيرجوس (١٩٧٩) يرى أن الاستشارات التليفونية لا تأتي بجديد أو لا تؤثر كثيراً في برامج العلاج قصير الأمد وبالنسبة للعلاجات المحيطية **(Fergus, 1979)** فإن المؤلف يرى أنه إن كانت لا تؤثر كثيراً، فهي على الأقل لا تضر، ولا تثريب من استخدام أية تكنيك أو استراتيجية تضفي معلومة إلى مريض، وفي بعض الأحيان محادثة تليفونية يمكنها أن تنقذ حياة مريض خصوصاً لدى كبار السن أو من ذوى الميول الانتحارية.

٢٧- تكنيك الترفيه والدعابة *Recreation & Humor Technique*

وينصح وارنر (١٩٨٤) بضرورة ألا يخلو العلاج المحيطي من الترفيه، والفكاهة، والدعابة العلاجية التي يفيد منها المرضى استفادة كبيرة. ***(Warner, 1984)***.

٢٧- تكنيك العلاج الحواري (بين شخصين): *One To One Talk Therapy Technique*

وذلك كما يحدث في العلاج الفردي من تحاور، ومحاورة، ومحادثة، وتنفيس، وتفريغ، وشكوى، وسماع .. إلخ. ***(Duke & Nowichi, 1979, P. 184)***.

٢٨- ٢٩- تكنيكات علاجية أخرى:

كذلك من التكنيكات العلاجية المستخدمة في العلاجات البيئية والمحيطية

أ- التدعيم **Support**.

ب- المواجهة **Confrontation**.

ج- الاتجاه التدعيمي المواجهي.
Confrontational – Supportive Approach
(Siegel, 1987).

تاسعاً : العوامل المؤثرة فيه وفي عائده العلاجي:

Effecting Factors on Milieu Therapy Outcome

كل ما سبق التنويه عنه من شروط، ومعايير ومحكات، واعتبارات، ومتطلبات إذا لم تراع بدقة فإنها تكون بمثابة عوامل مؤثرة في العائد العلاجي للعلاج المحيطي، وفضلاً عن ذلك فإن ثمة عوامل مؤثرة أخرى يمكن الإشارة إليها بإيجاز فيما يلي:

أ- حجم التسهيلات **Facilities** الممنوحة في العلاج.

ب- مدى الإقامة، وحجم مهارات التعايش *Living Skills* المتعلمة أثناء تلك المدة.

ج- خصائص المجتمع العلاجي الذي يقيم داخله المرضى، ومدى تناسبها لتوفير تكامل داخل الرعاية الإقامية.

د- حجم المسافة الاجتماعية **Social Distance** بين الفريق المعالج والمرضى.

هـ- مدى توافر أفراد الطاقم العلاجي الوافي والمناسب والكافي لتقديم رعاية مناسبة.

و- مدى المساعدة المقدمة للمرضى للتدريب على الحياة ومتطلباتها خارج المؤسسة العلاجية **(Kruzich & Kruzich, 1985)**.

العوامل المؤثرة في مناخ الوحدة العلاجية: *Factors Influencing The Ward Atmosphere:*

يحصرها فريز (١٩٨٦) من خلال مراجعة (٣٥) وحدة علاجية فيما يلي:

أ- متوسط عمر المرضى.

ب- نسبة المرضى العقليين.

ج- حجم المرضى ككل.

د- معدل حركة الفريق (نقل، استقالة.. إلخ).

هـ- معدل التفاعل. **(Friis, 1986).**

وفي روسيا، يؤكد درابكن (١٩٨٠) أهمية المناخ العلاجي السائد في الوحدة العلاجية التي تتعامل مع المراهقين المضطربين سيكاترياً، وبالتالي أهمية المحيط العلاجي، وبالتالي أهمية العلاج المحيطي. ويقرر كذلك أهمية العلاجات التي من شأنها زيادة الشعور بالسعادة والبهجة خصوصا في التعامل مع حالات الفصام ومن مثل هذه العلاجات ما يسمى

العلاج الابتهاجي *Joy Therapy* والذي يصف المناخ العلاجي المبتهج وأهميته في مساعدة الفصاميين. (Drapkin, 1980).

محكات نجاحه ومعاييره:

ويدخل في نطاق الحكم على مدى استفادة المرضى من العلاج المحيطي عدة معايير منها:

أ- انخفاض مستوى الغضب، والعدوان.

ب- ارتفاع مستوى الشعور بالتدعيم والرضا.

ج- ارتفاع مستوى التوجه الإيجابي.

د- سيادة النظام والتنظيم والامتثال له. (Vaglum, *et. al.*, 1985).

وفي دراسة للمقارنة بين ثلاثة طرز من العلاجات المحيطية قام بها كل من بيل، وريان (١٩٨٥) حيث قارنا بين:

أ- العلاج المحيطي التحليلي.

ب- العلاج المحيطي البيولوجي.

ج- العلاج المحيطي التأهيلي.

وأسفرت النتائج عن إيجابية المحيطات العلاجية الثلاثة، ولكن بفعالية أكثر بالنسبة للتأهيلي. (Bell & Ryan, 1985).

عاشراً: عواقب سوء استخدمه ومحاذيره:

Consequences of Milieu Therapy Misuse & Precautions

انطلاقاً من منظومة العوامل المؤثرة السابقة، وانطلاقاً من إمكان إساءة استخدام ذاك العلاج، وانطلاقاً من المحاذير المفترض مراعاتها يمكن أن تحدث بعض المشكلات الناجمة عن كل ذلك مثل:

١-زملة أعراض الاستشفاء أو متلازمة الاستشفاء: *Hospitalization Syndrome*

ويقصد بها أن المغالاة في مدة الإقامة الاستشفائية تخلق بدورها أعراضاً تنظيم في متلازمة تتسم باعتياد المرضى على تلك الإقامة، ولا تبغي عنها حولاً أو بدلاً، وقد يعوق ذلك تفاعلهم في الحياة العامة العادية اليومية، (Van – Eynde, 1979) ويمكن التغلب على ذلك بتدريب المرضى على مهارات التعايش الخارجي ونقلهم إلى أرض الحياة الواقعية كل فترة حتى يمكن الركون إلى قدراتهم في ممارسة حياتهم المستقبلية بنجاح.

٢ ـ مشكلات الانفصال، وإنهاء العلاج والمقاومة: *Separation, Termination & Resistance*

وينبه وربارت (١٩٩٧) إلى ضرورة التعامل بحذر مع بعض المشكلات الناجمة عن العلاج المحيطي طويل الأجل مثل:

أ- مشكلة الانفصال.

ب - مشكلة إنهاء العلاج .

وما ينتج عنها من مقاومة، أو صدمة انفعالية قد تؤثر على العائد العلاجي. ولابد أن تتم بدقة وتدريج وتفهم..(Werbart, 1997)

٣ ـ الصدمات المختلفة *Various Traumas*

وإن لم يكن العلاج المحيطي جيد البنية فإنه قد يُعرضّ مرضاه خاصة من الأطفال الى صدمات أو خبرات صدمية ثلاث هي:

أ الصدمة البديلة Vicarious Trauma.

ب الصدمة المباشرة Direct Trauma.

ج - صدمة الاغتراب عن الفريق Alienation Trauma

وقد يكون مرد ذلك سوء استخدام العلاج، أو استخدام القوة أو القهر، أو تقديم معالجة غير مناسبة أو غير آمنة، أو لا تفي باحتياجات الأطفال. (Mohr, *et. al.*, 1998)

٤ ـ تفشي الانحرافات الجنسية في المحيط

وينبه كل من بروديل، وديرجاردينز (١٩٩٤) إلى مخاطر شيوع علاقات جنسية بين المرضى أثناء إقامتهم في المؤسسة العلاجية تحت مظلة العلاج المحيطي الذي قد يطول أمده. وبالتالي ضرورة إدراك الفريق المعالج لتلك المشكلة وتدبر حلها بكياسة علاجية *(Trudel & Desjardins, 1994)*

٥ـ القصور الخاطئ للعلاج على أنه مجرد إقامة

وقد لا يأتي العلاج المحيطي بالعائد المرجو إذا ما تم سوء استخدامه مثل أن يكون الأمر مجرد إقامة المرضى في المؤسسة، أو ان يتم عزل المرضى في غرف العزل، أو أن يساء استخدام الوقت، او أن لا يتبع العلاج احتياجات المرضى، أو ان يقدم العلاج بشكل غير مناسب، أو غير لائق، أو أن يكون عشوائي البيئة، أو أن يحتوي على ثقافة غير ..., أو أن يكون ضوضائيا بشكل مبالغ فيه، أو مثير للملل، أو أن يكون غير ذي فائدة للمرضى. (Delaney, 1999).

٦ـ تفشي الذعر:

وينبه بولان مع آخرين (١٩٨٥) إلى ضرورة الالتفات إلى بعض المتغيرات التي قد تعوق فلاح العلاج المحيطي مع بعض الفئات المرضية، ويدلل بولان على ذلك بمرضى الإيدز الذين قد يشعرون بردود أفعال خوف وخشية *Fearful Reactions* والتوتر الخاص بالفريق المعالج أو حتى المرضى الآخرين المودعين في عنابر أخرى.. لأن هذا من شأنه أن يؤثر على التوظيف العلاجي المأمول. (Polan, *et. al.*, 1985).

حادي عشر: التقدير السيكومتري لتقويم العلاج المحيطي:

Psychometric Evaluation of Milieu Therapy

لا تخلو أية معالجة من تقويم يقدرها، وكذلك الحال للعلاج المحيطي، ومن المقاييس المتاحة والمعنية بهذا الأمر على سبيل المثال استخبار انجيلز لتقدير العنبر *Engels Ward Assessment Questionnaire*. (**Eichhorn**, *et. al.*, **1987**).

ولا يختلف العلاج المحيطي عن العلاجات النفسية الأخرى في ضرورة تطبيق المقاييس، والاستخبارات، ومقاييس التقدير الذاتي، فضلاً عن ضرورة فحص مفهوم الذات لدى المرضى، وانعكاسات التشخيص على الفريق وعلى المرضى أنفسهم، ومشاعرهم، وردود أفعالهم، وما إلى ذلك..(**Holmqvist, 1998**).

وكذلك توصي دراسة كارول مع آخرين (١٩٨٠) بضرورة إجراء المزيد من البحوث في مجال العلاج المحيطي لإثرائه. (**Carroll**, *et. al.*, **1980**)

ويطرح بولان مع آخرين (١٩٨٥) قضية أهمية توفر القياسات اللازمة للعلاج المحيطي. (**Polan**, *et. al.*, **1985**).

عرض موجز لبعض المقاييس الشائعة في هذا المجال.

١ـ **مقياس مناخ الوحدة العلاجية:** *The Ward Atmosphere Scale*

وهو من وضع رودولف موز Moos, R. ويشار إليه اختصاراً بالرمز "WAS"، وله عشرة مقاييس فرعية. ويعني بتقدير طبيعة المناخ السائد في العنبر أو الوحدة العلاجية للعلاجات الإقامية، والعلاقات القائمة بين المرضى والفريق المعالج كما يكشف عن التغيرات التنظيمية الحادثة في الوحدة..(Hargrave, 1982).

كما يعكس هذا المقياس إدراك المرضى لمناخ الوحدة العلاجية الحقيقي Real، والمثالي Ideal، ولقد قام فريز (١٩٨٦) بدراسة للمقارنة بين ثقافات أربع من خلال (٤٩)

وحدة علاجية مستخدماً هذا المقياس، وأكد خصائصه السيكومترية الجيدة. (Friis, 1986).

٢- **مقياس برنامج البيئة ذو التوجه المجتمعي:**

The Community Oriented Program Environment Scale

وهذا المقياس يعني بتقدير الفرق بين إدراك المريض للعنبر الموجود به على المستويين الفعلي، والمثالي، وهو من وضع رودولف موز أيضاً.

(Fischer, 1979).

٣- مقياس ملاحظة الممرض لتقويم المريض الداخلى

The Nurse Observation Scale for Inpatient Evaluation

ويعد من المقاييس الشائعة لتقويم فعاليات العلاج المحيطي، وما يرتبط به وفقاً لتقويم طاقم التمريض، والقائم على ملاحظاتهم المستمرة، ويصلح للاستخدام للمرضى الداخليين المقيمين داخل الوحدة العلاجية..(Dumic & Gift, 1984)

٤ - مقياس تقدير التعاونية في العلاج المحيطي طويل الأجل

Long–Term Hospital Patient's Collaboration in Milieu Treatment Scale.

والذي أعده آلان مع آخرين (١٩٨٨) ويحتوي على ثلاثة أبعاد هي:

أ- **التوجه نحو الهدف** *Goal Orientation*

ب- **الاستغراق** ***Involvement***

ج- **استخدام البنية** ***Structure*** **(Allen, *et. al.*, 1988).**

٥- **قائمة المحتوى المحيطي الجيد** *Good Milieu Index*

والذي استخدمه فريز (١٩٨٦) ليصل به إلى أن المرضى العقليين يحققون استفادة من المحيط العلاجي بشكل أساسي وأولي إذا كانت صبغته تدعيمية ***Supportive*** **(Friis, 1986).**

٦- **استخبار بروفيل الإدراك الذاتي للعملية الجماعية للفريق**

Self- perception Profile of Staff Group Process Questionnaire

والذي يهدف وضع تصور بروفيلي عام لمستويات الإدراك الذاتي لعمليات الجماعة للفريق. **(Wells, 1998).**

ثاني عشر: قضايا وتساؤلات خاصة به: *Issues Relate to Milieu Therapy*

من الملاحظ وجود بعض القضايا المرتبطة بالعلاج المحيطي والتي يختلف بشأنها بعض الباحثين، وينقسم في شأنها بعضهم الآخر بين موافق، ومعارض، ومتحيز. ومن شاكلة هذه القضايا العديدة نتخير منها أربع قضايا للمناقشة وهي:

١- قضية الباب المفتوح/ المغلق وسياستها.

٢- قضية المزاوجة بين العلاجات المتناقضة.

٣- قضية حجرات العزل.

٤- قضية التوفيق بين الاستقلال والضبط.

١- قضية الباب المفتوح/ المغلق وسياستها : *Opened/ Closed Door Unit Policy*

ويناقش مودشتين، وليرش (١٩٨٧) قضية سياسة الباب المفتوح في الوحدة السيكاترية لدخول المرضى، والقضية ذات محاور استفهامية عديدة منها:

أ- ينقسم المرضى إلى فئتين من حيث دافعية العلاج، ومن حيث مدى خطورتهم على أنفسهم وعلى الآخرين، فمنهم من لديه دافعية جيدة لطلب العلاج، ومنهم عكس ذلك، ومنهم من يشكل خطورة على نفسه، وعلى غيره، ومنهم نقيض ذلك.

ب- وفتح باب الوحدة قد يتيح الفرصة لمنخفضي الدافعية، ومرتفعي الأذى الى مغادرة الوحدة وبذلك يزداد الفاقد العلاجي، وغلق باب الوحدة قد يحرم المرضى من ذوي الدافعية المرتفعة، وغير ذوي الأذى والخطورة من الاستمتاع باقامتهم في الوحدة وقد يضيق بهم الحال إلى طلب الخروج من تلك الوحدة المغلقة، وبذلك ستصبح الاقامة العلاجية [illegible] الأمد بشكل يؤثر على فعالية العلاج وانخفاض العائد.

ج- وإذا تم غلق باب الوحد[illegible] [illegible]م معينة، وفتحه أيام أخرى ستحدث المشكلة ذاتها.

تلك هي المحاور التي تدور قضية فتح باب الوحدة مقابل غلقها في فلكها. ويحاول الباحثان حل القضية بفتح باب الوحدة على أن يخرج المرضى ليس إلى الشارع وإنما إلى ما يمكن تسميته بالفناء الطبي *Medical Ground* أي أن يكون ملحقاً بالوحدة قطعة أرض كفناء يمكن أن ينمشى فيه المرضى للإقلال من شعورهم بالحبس أو العزل داخل جدران وحدة حتى وإن كانت علاجية. **(Modestin & Lerch, 1987).**

ويرى المؤلف أنه أيضاً لا مناص من تقسيم المرضى وفقاً لمدى خطورتهم إلى وحدات مختلفة وعندما يتم التعامل مع المرضى الخطرين لإزالة تلك الأعراض يتم نقلهم إلى وحدات مفتوحة لأن ترك الحابل على النابل أمر لا يستو ولا يستقيم.

٢- قضية المزاوجة بين العلاجات المتناقضة

ورغم أنه يمكن المزاوجة بين العلاج المحيطي والعلاج بالمواجهة، فإن ستانارد فريل (١٩٨١) يرى أن العلاج المحيطي التدعيمي سوف يتناقض مع العلاج بالمواجهة

Confrontation لأن الأول أكثر تدعيماً ، والثاني أكثر عدواناً *Aggressive*، ولذا يدعوه بأنه بمعالجة مزعجة متعددة المضايقة والغزو *Harassment Therapy*. (Stannard – Friel, 1981).

ورغم جواز المزاوجة بين العلاجين رغم تناقض اتجاههما، فإن مقولة ستانارد فريل ما هي إلا وجهة نظر حتى وإن كانت مبنية على دراسة حسب قوله عبر ثلاث سنوات ونصف منذ بداية العقد السابع من القرن المنصرم، ولا نستطيع التسليم بما انتهى إليه لأننا في الألفية الثالثة ولا يمكن حسم القضايا من مجرد دراسة واحدة، وألا أصبحت فتوى، فضلاً عن أن تناقض اتجاهات العلاج قد يوازي تناقض أعراض المرضى فقد يظهر المريض عرضاً يحتاج إلى مواجهة عنيفة وقد يظهر المريض ذاته عرضاً آخر يستوجب التدعيم فلا عيب في ذلك ولا معابة..

قضية حجرات العزل:

ويطرح أروين (١٩٨٧) تساؤلاً يتعلق بمدى أهمية وجود حجرات عزل *Seclusion Rooms* في الوحدات العلاجية السيكاترية للأطفال، ويجد نفسه ما بين مؤيد ومعارض. (Irwin, 1987) ويجد المؤلف نفسه ميالاً لقبول فكرة وجود حجرة عزل واحدة على الأقل في المؤسسة العلاجية وليس في عنابرها.. لأن الأمر لا يخلو أحياناً من أعمال أو سلوكيات تستوجب إستخدام حجرات العزل، ولأن البيئة الطبيعية السوية الخارجية لا تنكر وجود سجون أو إصلاحيات ولابد للبيئة العلاجية أن تحاكي البيئة الطبيعية، خاصة وإن تعليم مبدأ العقاب للمخطئ، وأن العصا لمن عصا أمر يستحث الأطفال في طور النمو والتنشئة على احترام القواعد والمعايير وتحمل المسئولية. فعنابر العلاج – على الأقل – لا تحوى ملائكة.

٤ ـ قضية التوفيق بين الاستقلال والضبط

كما ينصح إيفانز (١٩٨٧) بضرورة التوفيق في العلاج المحيطي بين أمرين هما: تنمية استقلالية المرضى مقابل الحفاظ على الوظيفة الضبطية للوحدة. (Evans, 1987).

لأن الخوف من المغالاة في شعور المرضى بالاستقلال هو تطور عملية التجرؤ، والتطاول، والاعتراض على سياسة العلاج خاصة من بعض فئات المرضى مثل السيكوباتيين الذين يفسرون خطئاً ما يمنح لهم من حقوق الاستقلال، وينالون من انضباطية الوحدة العلاجية فيجد الفريق أن مضبطة الوحدة تتسرب من بين أيديهم، ويفسد الأمر برمته.

لذلك وجب التنبه لتلك المعادلة الصعبة وهي مساعدة المرضى على نمو استقلالهم ولكن في حدود ألا ينفلت الأمر وينال من الوظيفة الضبطية والانضباطية الخاصة

بالوحدة العلاجية، والعلاج جيد البنية، والفريق المدرب، والمناخ التعاوني يمكن لثلاثتهم الإمساك بالأمر جيداً.

ثالث عشر : دراسات تقويم فعاليته *Efficacy Evaluation*

I تقويم فعاليته مستقلاً:

- إن كان سكارر (١٩٧٩) يؤكد فعالية العلاج المحيطي في مساعدة الأطفال في تغيير سلوكياتهم السلبية العدوانية. (Scharer, 1979)، فإن بفيفير (١٩٨٠) يعد العلاج المحيطي أثناء الإقامة في المستشفى أفضل وسيلة للتعامل مع حالات الأطفال من ذوي السلوك الإجرامي والعدواني والإيذائي من أجل تخفيض النبضات والدفعات الإجرامية لديهم، وتقوية وظائف الأنا، وخفض الصراعات القائمة بين هؤلاء الأطفال وبين الوالدين. (Pfeffer, 1980).
- ويؤكد فينبرج مع آخرين (١٩٨٠) أن التراث البحثي يؤكد بدوره فعالية العلاج المحيطي كمعالجة إقامية مناسبة للمرضى الداخليين من المراهقين وغيرهم. (Fiueberg, *et. al.*, 1980).
- ويقرر ساراسون، وساراسون، (١٩٨٠) أن أكثر برامج العلاج المحيطي فعالية هي تلك التي تركز على تعلم المهارات الاجتماعية *Social Skills*. (Sarason & Sarason, 1980, P. 325)
- وتبدو فعالية العلاج المحيطي في التعامل مع حالات صغار الأطفال الذهانيين في أنه يتيح أيضاً فرص التفاعل العلاجي مع هؤلاء الأطفال وأسرهم، حيث يشارك الوالدان في كل أسرة في المحيط العلاجي لهؤلاء الأطفال. (Critchley & Berlin, 1981).
- وخلص سيلبي (١٩٨١) إلى إمكان التعامل مع معتمدي الكحول من خلال معالجة إقامية محيطية، وإمكان الحصول على تغيرات إيجابية في مفهوم الذات، ووجهة الضبط وذلك لدى عينة قوامها (٩٦) ذكراً من معتمدي الكحول. (Selby, 1981).
- ولقد توصل أبتر مع آخرين (١٩٨٤) إلى فعالية العلاج المحيطي في التعامل مع ثمان حالات من اضطراب الوسواس القهري. (Apter, *et. al.*, 1984).
- ويؤكد جوتهيل (١٩٨٥) أن العلاج المحيطي من العلاجات المهمة، والفعالة، والواعدة كذلك. (Gutheil, 1985).

- ويؤكد كوسكي (١٩٨٧) فعالية المعالجة المحيطية في مساعدة الأطفال من ذوي اضطراب النوع أو الجنس *Gender Disordered Children*. (Kosky, 1987).
- كما يؤكد كوهان مع آخرين (١٩٨٧) ضرورة اللجوء إلى العلاج المحيطي لفعاليته في التعامل مع حالات الأطفال من ذوي تاريخ الإساءة الجنسية *Sexual Abuse* وذلك من خلال دراستهم على عينة قوامها (١١٠) من الأطفال المضطربين سيكاترياً ومن ذوي تاريخ الإساءة الجنسية..(Kohan, *et. al.*, 1987)
- ويشيد جولد في دراسته مع آخرين (١٩٩٢) أيضاً بفعالية العلاج المحيطي قصير الأجل في التعامل مع حالات اضطرابات المراهقة، علماً بأن مثل هذه العلاجات قد تستمر لمدة تتراوح ما بين (٢-٣) أسابيع فقط، ويرى الباحثون أن هذا يقلل التكلفة رغم أن عائده العلاجي يتراوح ما بين (٣٠- ٥٠٪) وهي عبارة عن نسبة انخفاض الاضطرابات والأعراض السلوكية المراد تعديلها (Gold, *et. al.*, 1992).
- كما يشيد وارنر، وويلش في دراستهما (١٩٩٣) بفعالية مشروع طاقم التمريض لشحذ العلاج المحيطي والذي يشرف عليه قسم الصحة والخدمات الإنسانية في سان انتونيو ، والذي أسس في عام (١٩٩٠) وثبتت فاعليته، كما أنه يحتوي على برنامج لتحليل التكلفة مقابل العائد..(Warner & Welch, 1993)
- وفي دراسة أخرى للباحث الأول في العام ذاته استكمل إشادته بذاك المشروع وأكد فاعليته واقتصاديته (Warner, 1993, B.).
- وأكد موشر في دراسته مع آخرين (١٩٩٥) فعالية العلاج المحيطي من خلال مشروع سوتريا *Soteria Project* لمدة ستة أسابيع في التعامل مع حالات الفصام الحاد حيث انخفضت حدة الأعراض دون تناول مضادات عقلية. (Mosher, *et. al.*, 1995).
- وعاد وأكد موشر في دراسة أخرى له عام (١٩٩٩) ذلك العائد في مدة حوالي (٣٠) يوم . (Mosher, 1999).
- ولقد سبق موشر في تأكيد فعالية ذاك المشروع كيومبي مع آخرين في دراستهم عام (١٩٩٣). (Ciompi, *et. al.*, 1993).
- وأكدت دراسة ويتستين بالاشتراك مع هانهارت (٢٠٠٠) أن فعالية العلاج المحيطي تدعو للأمل والتفاؤل في التعامل مع حالات العته. (Wettstein & Hanhart, 2000).

II تقويم فعاليته ممتزجاً مع علاجات أخرى

- أكد كل من بول Paul، ولينتز Lentz (١٩٧٨) فعالية المزج العلاجي بين العلاج المحيطي وبرامج التعلم الاجتماعي لدى عينة من مرضى الفصام المزمن. (Price & Lynn, 1981, P. 316-321).
- ويؤكد بيجيمان، وجاكوبي (١٩٨١) أن العلاجات النفسية الاجتماعية الجماعية لا يمكن أن تغني عن اللجوء إلى العلاجات الفردية التي قد يفضلها بعض المرضى حتى بعد وصولهم لمرحلة الاندماج *Consolidation Phase* مع الجماعة. وهذا ما توصلا إليه من دراستهما لدى عينة من المرضى السيكاتريين قوامها (٥٠) مريض بعد متابعة لمدة ستة أشهر..(Begemann & Jacobi, 1981).
- كما أكدت دراسة جاجني (١٩٨١) فعالية العلاج المحيطي الممزوج بالعلاج العقاقيري: مدروكسيبر وجستيرون أسيتيت *Medroxyprogesterone Acetate* في التعامل مع عينة قوامها (٤٠) من مرضى الانحرافات الجنسية، وذلك لمدة عام رغم أن انخفاض الأعراض الخاصة بالخيالات الجنسية، والتنبه الجنسي، والحفزات الجنسية، ومستويات الضبط قد ظهر بعد مجرد ثلاثة أسابيع من العلاج (Gagne, 1981).
- وفي دراسة مقارنة لمدى فعالية المزج العلاجي بين العلاج المحيطي والتدريب التوكيدي *Assertion Training* وبين العلاج المحيطي الممزوج مع التدريب الخاص بالعلاقات الإنسانية *Human Relations Training* وذلك في التعامل مع عينة من معتمدي الكحول المزمنين، توصل كل من فيريل، وجالاسي (١٩٨١) إلى فعالية كل من الأسلوبين بعد متابعة دامت ستة أسابيع، ولكن كان معدل الفعالية أعلى نسبياً في الأسلوب المازج* بين العلاج المحيطي والتدريب التوكيدي، حيث استمر أفراد العينة مقلعين تماماً عن تعاطي الكحول حتى بعد متابعة دامت لمدة عامين..(Ferrell & Galassi, 1981).
- وخلص بولتون في دراسته مع آخرين (١٩٨٣) إلى فعالية العلاج المحيطي الممزوج مع العلاج الأسري، والعقاقيري، والسلوكي في التعامل مع (١٥) حالة من حالات اضطراب الشخصية الحدية من المراهقين. (Bolton, *et. al.*, 1983).
- كما خلص إجلين (١٩٨٣) إلى فعالية العلاج المحيطي الممزوج ببرنامج تدريبي لتدبر مهارات التعامل مع الضغوط لدى عينة من معتمدي الكحول بلغ قوامها

(٤٤) معتمداً ، وذلك خلال معالجة محيطية قصيرة الأجل دامت لمدة (٢٨) يوماً.
.(Eglen, 1983).

- ولقد انتهى ماير (١٩٨٥) إلى فعالية المزج في العلاج المحيطي بين العلاج الدينامي والعلاج السلوكي في التعامل مع حالات اضطرابات المراهقة. (Mayer, 1985).
- كما خلص ميلر في دراسته مع آخرين (١٩٨٩) إلى فعالية العلاج المحيطي الممزوج بالعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج العقاقيري في التعامل مع (٤٥) حالة من حالات الاكتئاب. .(Miller, *et. al.*, 1989)
- وفي أسبانيا توصل ماهراجا، وبهوجرا (١٩٩٣) إلى فعالية المزج بين العلاج المحيطي مع العلاج الأسري المختصر لمدة ثلاث جلسات فقط، وذلك لدى عينة قوامها (٣٠) معتمد كحولي. .(Maharajh & Bhugra, 1993)
- كما يمكن استخدام العلاج بالفن *Art Therapy* من خلال العلاج المحيطي، ولقد أكدت أنيتا إيدي (١٩٩٣) فعالية ذلك لدى عينة قوامها (١٦) مريضاً. .(Eddie, 1993)
- كذلك أوضحت دراسة إيرميني مع آخرين (١٩٩٥) فعالية العلاج المحيطي المحتوى على تدريبات الذاكرة والتذكر في التعامل مع حالات العته البسيط. .(Ermini, *et. al.*, 1995)
- ولقد أكد دوبسون في دراسته مع آخرين (١٩٩٥) فعالية العلاج المحيطي المحتوى على تدريبات المهارات الاجتماعية *Social Skills* في التعامل الجيد والشافي لحالات الفصام حتى بعد متابعة دامت ستة أشهر لدى عينة قوامها (٣٣) فصامياً بمدى عمري يتراوح ما بين (١٨-٥٥) عاماً. .(Dobson, *et. al.*, 1995) ويمكن استخدام العلاج المساعد بالحيوان *Animal Assisted Therapy* مع العلاج المحيطي حيث أسفرت دراسة كل من بارديل، وهوتكنسون (١٩٩٧) عن فعالية استخدام العلاج بالحيوانات تحت مظلة العلاج المحيطي، وذلك لدى عينة قوامها (١٥) مريضاً مقيماً ، وكانت أكثر الحيوانات فعالية في التأثير: الكلب.. فالكلب في العلاج المحيطي يعني الصديق ، وبمثابة معالج ، وبمثابة محفز للتفاعل *.Catalyst for Interaction* .(Bardill & Hutchinson, 1997)

❖ وعلى عينة قوامها (١٥) مريضاً ممن يعانون من اضطرابات السلوك (الشغب والعدوان) توصل الدباغ مع آخرين (٢٠٠٠) إلى فعالية العلاج المحيطي مع العلاج العقاقيري ريزيبريدون Risperidone في إحداث تحسنات إكلينيكية ذات مغزى في تلك الأعراض الباثولوجية السلوكية. (Ad – Dabbagh, *et. al.,* 2000).

❖ وبعد ذلك العرض.. يمكن أن نخلص إلى التقرير والتصديق بفعالية العلاج المحيطي بما لا يدع مثقال ذرة لشك أو توجس أو ريب أو ما شابه ذلك. ويأمل المؤلف أن تولج مثل هذه العلاجات فى خططنا العلاجية فى الطب العربى إن جاز التعبير.

المراجـــع

المراجع العربية

١- عبد المنعم الحفني، (١٩٩٢): موسوعة الطب النفسي، القاهرة: مكتبة مدبولي، (المجلد الثاني).

٢- كمال دسوقي، (١٩٩٠): ذخيرة علوم النفس، القاهرة: مؤسسة الأهرام، (المجلد الثاني).

References

1- Aarkrog, T., (1979) : Adolescents in psychiatric residential treatment and 5 years later, *Acta Psychiatric Scandinavica*, 278 : 1-214

2- Ad- Dab' Bagh, Y., *et. al.,* (2000): Inpatient treatment of severe disruptive behavior disorders with risperidone and milieu therapy, *Canadian Journal Of Psychiatry*, 45 (4) : 376-382

3- Adelman, S. A. & Weiss, R. D., (1989): What is therapeutic about inpatient alcoholism treatment? *Hospitals & Community Psychiatry*, 40 (5) : 515-519

4- Aebi, E., *et. al.,* (1993) : A concept of social support for acute schizophrenic patients : Time series analysis of daily fluctuations of psychotic markers, *Klin Psycholl., Psychopathol & Psychotherapische* 41 (1) : 18 –30

5- Ahrens, M. p., (1998) : A model for dual disorder treatment in acute psychiatry in a VA population, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15 (2) : 107- 112

6- Allen, J. G., *et. al.,* (1988) : Assessment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu , *Psychiatry*, 51 (3) : 291-299

7- Almond, R., (1984): What has happened to the milieu? , *American Journal of Psychiatry*, 141 (11) : 1494-1495

8- Anscombe, R., (1986) : Treating the patient who " Can't " versus treating the patient who "Won't" *American Journal Of Psychotherapy*, 40(1) : 26-35

9- Anumonye, A., (1979) : Nigerian nursing care and milieu therapy, *Nigerian Nurse* , 11(2) : 43-46

10- Apter, A., *et. al.,* (1984) : Severe obsessive compulsive disorder in adolescence : A report of eight cases, *Journal of Adolescence*, 7 (4) : 349-358.

11- Apter, A. & Tyano , S., (1988) : Obsessive compulsive disorders in adolescence, *Journal Of Adolescence*, 11 (3) : 183-194

12- Atlas, J. A., (1995) : Seclusion in treatment of adolescents on an acute inpatient unit, *Psychological Reports*, 77 (2): 577- 578

13- Baer, J.W., *et. al.*, (1987) : Challenges in developing an inpatient psychiatric program for patients with AIDS & ARC, *Hospitals & Community Psychiatry*, 38(12) : 1299-1303

14- Baldwin, L. J. & Ramos , N. B., (1986) : Role of the health care supervisor in management of a therapeutic milieu, *Health Care Supervision*, 4 (4) : 12-16

15- Bardill, N. & Hutchinson, S., (1997) : Animal – assisted therapy with hospitalized adolescents, *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 10 (1) : 17-24

16- Begemannn, D.& Jacoli, I.,(1981): Group round versus traditional ward round: Evaluation by patients, *Psychiatric Praxis.*, 8 (4) : 142-146

17- Bell, M. D. & Ryan, E. R., (1985): Where can therapeutic community ideals are realized? An examination of three treatment environments, *Hospitals & Community Psychiatry*, 36 (12) : 1286-1291

18- Benton, D. W., (1980) : The significance of the absent member in milieu therapy, *Perspectives of Psychiatric Care*, 18 (1) : 21-25

19- Berntsen, K., (1981) : Some reflections on the present situations of drug abuse among young people, *Bulletin of Narcotics*, 33 (4) : 15-22

20- Bina, R.& Schneider, S., (1998) : Milieu therapy with adolescents in an ultra-orthodox Religions setting : Religious & therapeutic boundaries, *International Journal For Therapeutic & Supportive Organizations*, 19 (2) : 159-166

21- Biroc, J. D., (1990) : The effects of psychodramatic role reversal on the reduction of adolescent egocentricity in a milieu therapy setting , *Dissertation Abstracts International*, 51 (4-A) : 116

22- Bleiberg, E., (1990): The clinical challenge of children and adolescents with severe personality disorders, *Bulletin Menninger Clinic*, 54 (1) : 107-120

23- Bolton, D., *et. al.*, (1983) : The treatment of obsessive- compulsive disorder in adolescence: A report of fifteen cases, *British Journal of Psychiatry*, 142: 456 -464

24- Braden, E., (1984) : Supportive containment in the hospital care of treatment – resistant borderline adolescents, *Psychiatry*, 47 (4) : 315-322

25- Bradford, J. M. & Pawlak , A., (1987) : Sadistic homosexual pedophilia : Treatment with cyproterone acetate: A Single case study, *Canadian Journal of Psychiatry*, 32 (1) : 22-30

26- Bradshaw, S. L.& Twemlow, S., (1987): Use of first and last names and milieu characteristics, *Psychiatric Hospitals,* 18 (2) : 90-94

27- Brink, T. L., (1980): Milieu therapy for the institutionalization aged: Psychotherapeutic and economic perspectives, *Long Term Care & Health Services Administration* Q., 4 (2) : 125-131

28- Broker, M., *et. al.,*(1995): Initial assessment of hospital treatment by patients with paranoid schizophrenia : A predictor of outcome, *Psychiatry Research*, 58 (1) : 77-81

29- Brown, L. J., (1980) : Staff counter transference reactions in the hospital treatment of borderline patients, *Psychiatry*, 43 (4) : 333-345

30- Brown, L. J., (1981) : A short –term hospital program preparing borderline and schizophrenic patients for intensive psychotherapy , *Psychiatry,* 44 (4) : 327-336 ,(A)

31- Brown , L. J., (1981) : The therapeutic milieu in the treatment of patients with borderline personality disorders, *Bulletin of Menninger Clinic*, 45 (5): 377-394 ,(B)

32- Brucher, K., (1988): Halfway house facilities as a means of therapy, *Psychiatric Praxis* , 15 (3) : 71-77

33- Buffett, W. N. , (1988) : The Fenwood Inn, *New Directions of Mental Health Services*, 39: 49-63

34- Caplan, C.A., (1993) : Nursing staff and patient perceptions of the ward atmosphere in a maximum security forensic hospital, *Archives of Psychiatric Nursing*, 7 (1): 23-29

35- Carroll , R. S., *et. al.,* (1980) : Research as an impetus to improved treatment, *Archives of General Psychiatry*, 37 (4) : 377-380

36- Chase, S., *et. al.,* (1981) : The inpatient psychiatric unit as a system, *Behavioral Sciences*, 26 (3) : 197-205

37- Choinitzki, J. & Trenckmann , U., (1982): The effect of the therapeutic milieu in the psychiatric hospital on the communication behavior of discharged psychiatric patients with one another , *Psychiatry, Neurology & Medical Psychology (Leipz)* ,34 (5) : 270-275

38- Ciompi, L., (1981): How can we give schizophrenic patients better treatment? An integration of new pathogenic and therapeutic concepts, *Nervenazt.*, 52 (9) : 506-515

39- Ciompi, L.& Bernasconi, R., (1986): " Soteria Bern ". Initial experiences with a new milieu therapy for acutely schizophrenic patients, *Psychiatric Praxis*, 13 (5) : 172-176

40- Ciompi, L., *et. al.,* (1993) : The pilot project " Soteria Bern" in treatment of acute schizophrenic patients : Results of a

comparative prospective follow – up study over 2 years, *Nervenarzt*, 64 (7): 440 -450

41- Cobb, J. L., (1989) : Psychoeducation for schizophrenics in short term milieu therapy , *Dissertation Abstracts International*, 28 (3) : 403

42- Coble, R. J., *et. al.,* (1982) : The family physician office: Proposed design criteria for family centered medical care, *Journal of Family Practice*, 14 (1) : 77-81

43- Cohen- Kettenis, P. T., *et. al.,* (2000) : Treatment of young transsexuals in the Netherlands , *Ned. Tijdschr. Geneeskd.*, 144 (15) : 698-702

44- Cohen, M. J. & Werner, P., (1999) : Outdoor wandering parks for persons with dementia : A survey of characteristics and use, *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 13 (2) : 109-117

45- Cohen, S. & Khan , A., (1990) : Antipsychotic effect of milieu in the acute treatment of schizophrenia, *General Hospitals & Psychiatry*, 12 (4) : 248-251

46- Corrigan , P. W., (1995) : Use of a token economy with seriously mentally ill patients: Criticisms and misconceptions , *Psychiatric Services*, 46 (12) : 1258-1263

47- Costello, R. M., *et. al.,* (1979) : Formative program evaluation and milieu therapy with alcohol abusers, *Journal of Clinical Psychology,* 35 (2) : 449-453

48- Cotton , N. S. & Geraty, R. G., (1984) : Therapeutic space design : Planning an inpatient children's unit , *American Journal of Orthopsychiatry*, 54 (4) : 624- 636

49- Cox, K. G., (1985): Alzheimer's disease : Milieu therapy , *Geriatric Nursing*, 6 (3) : 152-154

50- Critchley, D. L. & Berlin , I. N., (1981) : Parent participation in milieu treatment of young psychotic children , *American Journal of Orthopsychiatry*, 51 (1) : 149-155

51- Critchley, D. L., (1987) : Clinical supervision as a learning tool for the therapist in milieu settings, *Journal of Psychosomatic Nursing & Mental Health Services*, 25 (8) : 18-22

52- Dahl, A. A., (1981): Acute psychiatry and milieu therapy: Can they be connected? *Tidsskr. Nor Laegeforen*, 101 (14) : 859-862

53- Dalton, R., *et. al.,* (1987): Short-term psychiatric hospitalization of children, *Hospitals & Community Psychiatry*, 38 (9) : 973- 976

54- Dalton, R., *et. al.,* (1989) : The psychiatric hospitalization of children : An overview, *Child Psychiatry & Human Development*, 19 (4) : 231-244

55- Dalton, R., *et. al.,* (1997): Psychiatric findings among child psychiatric inpatients grouped by public and private payment, *Psychiatric Services*, 48 (5) : 689-693

56- Davis, C., *et. al.,* (1979) : The architectural design of a psychotherapeutic milieu, *Hospitals & Community Psychiatry* , 30 (7) : 453-460

57- Decarbo, J. J. & Mann, W. C., (1985): The effectiveness of verbal versus activity groups in improving self- perceptions of interpersonal communication skills, *American Journal of Occupational Therapy*, 39 (1): 20-27.

58- Delaney, K. R., (1992): Nursing in child psychiatric milieus: What nurses do? , *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health Nursing*, 5 (1): 10-14 (A).

59- Delaney, K. R., (1992): Nursing in child psychiatric milieus: Mapping conceptual footholds, *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health Nursing*, 5 (1): 15-19, (B).

60- Delaney, K. R., (1994): Calming an escalated psychiatric milieu, *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 7 (3): 5-13.

61- Delaney, K. R., (1997): Milieu therapy: A therapeutic loophole, *Perspectives of Psychiatric Care*, 33 (2): 19-28.

62- Delaney, K. R., (1999): Time-out: An overused and misused milieu intervention, *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 12 (2): 53-60.

63- De Socio, J., *et. al.* , (1997) : Lessons learned in creating a safe and therapeutic milieu for children, adolescents and families: Developmental considerations, *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 10 (4) : 18-26.

64- Devine, B. A., (1981): Therapeutic milieu / milieu therapy: An overview , *Journal of Psychiatric Nursing & Mental Health Services*, 19 (3) : 20-24.

65- Dincin, J. &Witheridge, T. F., (1982): Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism, *Hospitals & Community Psychiatry*, 33 (8): 645- 650.

66- Dobson, D. J., *et. al.,* (1995): Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia , *Psychiatric Services* , 46 (4) : 376-380.

67- Dodd, L. E., (1980): A doctor's tour on the Eniwetok atoll, *Aviat. Space & Environmental Medicine* , 51 (7) : 720-724

68- Doherty, M. B., *et. al.,* (1987): Time- limited psychiatric hospitalization of children: A model and three- year out come , *Hospitals & Community Psychiatry,* 38 (6) : 643-647.

69- Drapkin, B.Z., (1980) : Experience with psychotherapeutic work with schizophrenics in an adolescent psychotherapy department, *ZH. Nevropatol, Psikhiatr Im. S.S. Korsakova*, 80 (10): 1548-1551.

70- Duke, M. & Nowicki, S., (1979): Abnormal psychology : Perspectives on being different, California : Brooks / Cole Publishing Company.

71- Dumic, M. & Gift, T. E., (1984): Therapeutic milieu and clinical improvement, *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 6 (1): 69-78.

72- Eckert, E. D., *et. al.* , (1979) : Behavior therapy in anorexia nervosa, *British Journal of Psychiatry*, 134: 55-59.

73- Eddie, A. M., (1993): Multicultural diversity in the therapeutic milieu: Art therapy with sickle cell patients, *Dissertation Abstracts International*, 31 (4): 1934.

74- Eglen, J. A., (1983): Effects of stress management techniques on alcoholics in a milieu therapy setting, *Dissertation Abstracts International*, 44 (9- B): 2891.

75- Eichhorn, H., *et. al.,* (1987) : Ward assessment questionnaire : A future possibility for objectively evaluating therapeutically significant milieu conditions, *Psychiatry . Neurology & Medical Psychology*, 39 (8) : 492-496.

76- Emrich, K., (1989): Helping or hurting? Interacting in the psychiatric milieu, *Journal of Psychosomatic Nursing & Mental Health Services*, 27 (12): 26-29.

77- Ermini, F., *et. al.,* (1995) : Memory training: An important constituent of milieu therapy in senile dementia , *Z. Gerontol., Geriatr.,* 28 (3) : 190-194.

78- Evans, J., (1987): Residential care of youth: Convergent versus divergent thinkers, *Journal of Adolescence,* 10 (3): 255-267.

79- Falloon, I. R., (1992): Psychotherapy of schizophrenia, British *Journal of Hospitals & Medicine*, 48 (3-4): 164-170.

80- Fergus, E. O., (1979): Telephone change agentry in the diffusion of a program for the elderly, *Journal of Community Psychology*, 7 (3): 270 -277.

81- Ferrell, W. L. & Galassi, J. P., (1981) : Assertion training and human relations training in the treatment of chronic alcoholics, *International Journal of Addiction*, 16 (5) : 959-968

82- Fialkov, M.J., *et. al.*, (1983) : An interdisciplinary approach to the diagnosis and management of a complex case of postencephalitic behavioral disorder, *Journal of Autism & Deviation Disorders*, 13 (1) : 107-115.

83- Fineberg, B. L., *et. al.*, (1980) : Adolescent inpatient treatment : A literature review, *Adolescence*, 15 (60) : 913-925.

84- Fischer, J., (1979): The relationship between alcoholic patient's milieu perception and measures of their drinking during a brief follow up period, *International Journal of Addiction*, 14 (8): 1151-1156.

85- Forbes, E. & Maddron, T., (1988): Systems therapy in a day-treatment setting, *International Journal of Partial Hospitals*, 5 (3): 237-250.

86- Frank, A. F. & Gunderson, J. G., (1984): Matching therapists and milieus: Effects on engagement and continuance in psychotherapy, *Psychiatry*, 47 (3): 201-210.

87- Fricke, P., (1979): Experiences, ideas, confusions with education for social and milieu therapy in a school and advanced training of therapeutic personal in Bethel, *Psychiatric Praxis* , 6(4): 195-206.

88- Friis, S., (1986): Factors influencing the ward atmosphere, *Acta Psychiatric Scandinavica*, 73 (5): 600-606, (A).

89- Friis, S., (1986): Characteristics of a good ward atmosphere, *Acta Psychiatric Scandinavica*, 74 (5): 469-473, (B).

90- Friis, S., (1986): Measurements of the perceived ward milieu: A reevaluation of the ward atmosphere scale, *Acta Psychiatric Scandinavica*, 73 (5): 589-599, (C).

91- Furedi, J., (1981): Different steps in schizophrenic patient rehabilitation, *International Journal of Social Psychiatry*, 27 (2): 93 -97.

92- Furst, D. W., *et. al.,* (1993) : Implementation of the boys town psychoeducational treatment model in a children's psychiatric hospital, *Hospitals & Community Psychiatry*, 44 (9) : 863-868.

93- Gabblard, G. O., (1988): A contemporary perspectives on psychoanalytically informed hospital treatment, *Hospitals & Community Psychiatry*, 39 (12): 1291-1295.

94- Gabblard, G. O., *et. al.,* (2000) : Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders, *Psychiatric Services,* 51 (7) : 893-898.

95- Gagne, P., (1981): Treatment of sex offenders with medroxy progesterone acetate, *American Journal of Psychiatry*, 138 (5): 644-646.

96- Gatterer, G. & Rosenberger- Spitzy, A., (1996): Nonpharamacologic and rehabilitation aspects in inpatient settings, *Wien. Med. Wochenschr.* 146 (21-22): 559-565.

97- Glod, C. A., *et. al.,* (1994) : Modifying quiet room design enhances calming of children and adolescents, *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33 (4) : 558-566.

98- Glynn, S. & Mueser, K. T. (1986): Social learning for chronic mental inpatients, *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4): 648-668.

99- Gmur, M., (1983): The night clinic: A social psychiatric facility, *Schweiz. Arch Newrol., Newrochir, Psychiatr.,* 132 (1) :117-129.

100- Gold, I. M., *et. al.*, (1992) : A short- term psychiatric inpatient program for adolescents, *Hospitals & Community Psychiatry*, 43 (1) : 58-61.

101- Gottlieb, H. J., *et. al.,* (1979): An innovative program for the restoration of patients with chronic back pain, *Physical Therapy*, 59 (8) : 996-999.

102- Gouse, A. S., (1981): Milieu therapy and right to treatment: Identifying components of adequacy, *Dissertation Abstracts International*, 42 (10-B): 4191.

103- Gralnick, A., (1979): Management of character disorders in a hospital setting, *American Journal of Psychiatry*, 33 (1): 54-66.

104- Gunderson, J. G., (1980): A reevaluation of milieu therapy for nonchronic schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin,* 6 (1): 64-69.

105- Gutheil, T. G., (1985): The therapeutic milieu: Changing themes and theories, *Hospitals & Community Psychiatry,* 36 (12): 1279-1285.

106- Hanson, R. K., *et. al.,* (1993) : Long-term recidivism of child molesters, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61 (4) : 646-652

107- Hansson, L., *et. al.,* (1984): The use of treatment contracts in short–term psychiatry care, *Acta Psychiatric Scandinavica*, 70 (2): 180- 190.

108- Hansson, L., & Berglund, M., (1987): Factors influencing treatment outcome and patient satisfaction in a short- term psychiatric ward: A path analysis study of the importance of patient involvement in treatment planning, *European Archives of Psychiatric & Neurological Sciences*, 236 (5): 269-275.

109- Hargrave, M. C., (1982): Organizational change in an adolescent inpatient unit, *Adolescence*, 17 (65): 65-72.

110- Harnyd, C., *et. al.,* (1989) : A clinical comparison of melperone and placebo in schizophrenic women on a milieu therapeutic ward, *Acta Psychiatric Scandinavica*, 352: 40 –47.

111- Haugsgjerd, S., (1981): Milieu therapy in combination with psychotherapy in psychoses, *Tidsskr. Nor Laegeforen,* 101 (14): 856-858.

112- Hersov, L., (1988): Day hospitals and centers for children and adolescents in Great Britain, *International Journal of Partial Hospitals*, 5 (1): 3-13.

113- Hirschberg, W., (1999): Social therapy of adolescence with social behavior disorders: Results and catamnesis, *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 48 (4) : 247-259

114- Hobrucker, B., (1991): The adolescent psychiatric unit as treatment environment: Responsibility and control of activities,

Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinder-psychiatrie, 40 (3) 90-96

115- Holmqvist, R. & Armelius, B. A., (1994): Emotional reactions to psychiatric patients: Analysis of a feeling checklist, *Acta Psychiatric Scandinavia,* 90 (3): 204-209.

116- Holmqvist, R., (1995): Countertransference feelings in milieu therapy, *Dissertation Abstracts International,* 56 (2-C) : 548

117- Holmqvist, R. & Armelius, B. A., (1996): The patient's contribution to the therapist's counter transference feelings, *Journal of Nervous & Mental Disorders,* 184 (11): 660-666.

118- Holmquist, R. & Fogelstam, H., (1996): Psychological climate and countertransference in psychiatric treatment homes, *Acta Psychiatric Scandinavica,* 93 (4): 288-295.

119- Holmqvist, R., (1998): The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians feelings, *Journal of Nervous & Mental Disorders,* 186 (8): 455-461.

120- Irwin, M., (1987): Are seclusion rooms needed on child psychiatric units? *American Journal of Orthopsychiatry,* 57 (1): 125 -126.

121- Irwin , M., *et. al.,* (1991): Adapting milieu therapy to short-term psychiatric hospitalization of children , *Child Psychiatry & Human Development,* 21 (3) : 193-201.

122- Jack, L. W., (1989): Use of milieu as a problem- solving strategy in addiction treatment, *Nursing & Clinics of North American,* 24 (1): 69-80.

123- Jacks, L. P., (1988): A clinical study of interactions in the therapeutic milieu, *Dissertation Abstracts International,* 27 (1): 96.

124- Jackson, D. A., (1999): The team meeting on a rapid turnover psychiatric ward: Clinical illustration of a model for stages of group development, *International Journal of Group Psychotherapy,* 49 (1): 41-59.

125- Jacobs, B. J. & Schweitzer, R., (1979): Conceptualizing structure in a day treatment program for delinquent adolescents, *American Journal of Orthopsychiatry,* 49 (2): 246-251.

126- Johnson, D. R., *et. al.,* (1996) : Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder, *American Journal of Psychiatry,* 153 (6) : 771-777.

127- Jost, U. & Saameli, W., (1998): Quality assurance in a psychiatric day clinic: A catamnestic study with goal attainment scaling, *Psychiatric Praxis,* 25 (6) : 296-302.

128- Kahn, E. M. & White , E.M., (1989) : Adapting milieu approaches to acute inpatient care for schizophrenic patients, *Hospitals & Community Psychiatry,* 40 (6) : 609-614

129- Kahn, E. M., (1994) : The patient – staff community meeting : Old tools and new rules, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 32 (8) : 23 –26

130- Kaplan , C. A., (1986) : The challenge of working with patients diagnosed as having a borderline personality disorder, *Nursing & Clinics of North America* , 21 (3) : 429- 438

131- Kay, S. R., (1981) : Disjunctive arousal changes as a Consequence of nondrug clinical intervention, *Biological Psychiatry*, 16 (1) : 35-46

132- Keddy, B. A., (1984) : Milieu therapy reform in a geriatric setting : The case of mount view, *Dissertation Abstracts International*, 46 : 328

133- Keltner, N. L., (1985) : Psychotherapeutic management: A model for nursing practice , *Perspectives of Psychiatric Care*, 23 (4) : 125-130

134- Kennedy, P. ,*et. al.,* (1990) : Use of the time out procedure in a child psychiatry inpatient milieu: Combining dynamic and behavioral approaches, *Child Psychiatry & Human Development* , 20 (3) : 207-216

135- Kernberg, O.,& Haran, C., (1984) : Interview : Milieu treatment with borderline patients: the nurse's role, *Journal of Psychosomatic Nursing & Mental Health Services*, 22 (4) : 29-36

136- Kiltz , R. R., *et. al.,* (1981) : Psychosocial rehabilitation of chronic addicts as illustrated by the example of the work done by the Gemeinnutziger Verein for rehabilitation, *Psychiatric Praxis*, 8 (2) : 60-66

137- Kime, S. K., *et. al.,* (1996): Use of a comprehensive programme of external cueing to enhance procedural memory in a patient with dense amnesia , *Brain Injuries*, 10 (1) : 17 -25

138- Kimmel, L. H., (1994) : Educating the paraprofessional staff on the psychiatric unit: A neglected topic, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 32 (6) : 23-27

139- Kirshner, L. A., (1982) : Length of stay of psychiatric patients : A critical review and discussion , *Journal of Nervous & Mental Disorders*, 170 (1) : 27 –33

140- Kirshner, L. A. & Johnston, L., (1982) : Current status of milieu psychiatry, *General Hospitals & Psychiatry*, 4 (1) : 75-80

141- Klungers, J., (1984): Standards and regulations in the therapeutic environment, *Tijdschr. Ziekenverpl.*, 37 (8) : 241-246

142- Kneepkens, R. G. & Oakley, L. D., (1996) : Rapid improvement in the defense style of depressed women and men, *Journal of Nervous & Mental Disorders*, 184 (6) : 358-361

143- .Kohan, M. J., *et. al.,* (1987) : Hospitalized children with history of sexual abuse: Incidence and care issues, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (2) : 258-264

144- Kosky, R. J., (1987): Gender disordered children: Does inpatient treatment help? *Medical Journal of Australia*, 146 (11) : 565-569

145- Krch- Cole, E., *et. al.*, (1997): Bridging the chasm: Incorporating the medically compromised patient into psychiatric practice, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 35 (5) : 28-33

146- Krebs – Roubicek, E., (1997): Alzheimer's disease and milieu therapy, *Rev. Med. Suisse. Romande.*, 117 (9): 663-666

147- Knuger, G., *et. al.,* (1993): Deinstitutionaliziation of chronic psychiatric patients exemplified by a public psychiatric hospital , *Psychiatric Praxis* , 20 (2) : 63-69

148- Kruzich , J. m. & Kruzich , S.J. , (1985): Milieu factors influencing patients integration into community residential facilities, *Hospitals & Community Psychiatry* , 36 (4) : 378-382

149- Kuhlmey, J. & Lautsh, E., (1988): The record book of a general nursing station: A reflection of daily intervention? , *ZFA*, 43 (2): 93-104.

150- Kurg- Cringle, R., *et. al.,* (1994) : A nurse managed inpatient program for patients with chronic mental disorders, *Archives of Psychiatric Nursing*, 8 (1) : 14-21

151- Lachance, R. & Coles, M., (1989): Management of disturbed and aggressive behavior in psychopaths, *Canadian Journal of Psychiatric Nursing*, 30 (4): 13-16.

152- Larsen, G. W., (1984): Psychotic young people are treated without drugs in Norway, *Sygeplejersken.*, 84 (39) : 16-18.

153- Lawrsen, G.W., (1984): Milieu management of traumatized youngsters, *Journal of Child & Adolescent & Psychiatric Nursing*, 11(3): 99-106.

154- Le Cuyer, E.A., (1992): Milieu therapy for short stay units : A transformed practice theory, *Archives of Psychiatric Nursing*, 6 (2) : 108-116.

155- Lehtimen, K., (1993): Need-adapted treatment of schizophrenia: A five–year follow up study from the Turku project, *Acta Psychiatrcia Scandinavica*, 87 (2) : 96-101

156- Levenson, J. L.& Willett, .A. B., (1982): Milieu reactions to ECT. *Psychiatry*, 45 (4): 298-306.

157- Levin, D., *et. al.,* (1982): Behavioral and psychodynamic approaches to milieu therapy in an adolescent day hospital, *International Journal of Partial Hospitals,* 1(4): 341-348.

158- Mackie, I., (1992): A milieu approach to dementia day care, *Nursing Standards* ,: 6 (51): 32-35.

159- Maharajh, H. D. & Bhugra, D., (1993): Brief family therapy with alcohol dependent men in Trinidad and Tobago, *Acta Psychiatric Scandinavica*, 87 (6): 422-426.

160- Markoff, R. A., *et. al.,* (1981) : The mixed medical psychiatric unit : An alternative approach to inpatient psychiatric care, Hospitals & Community Psychiatric care , *Hospitals & Community Psychiatry* , 32 (8): 561-564

161- Matzner, F. J., *et. al.,* (1998) : Intensive day program for psychiatrically disturbed truant adolescents, *American Journal of Orthopsychiatry,* 68 (1): 135-141.

162- Mayer, J. E., (1985): Combining psychodynamic and behavioral treatment approaches in the treatment of hospitalized adolescents, *Adolescence*, 20 (80): 783- 795.

163- McCabe, R. J. & Green, D., (1987): Rehabilitating severely head-injured adolescents: Three case reports, *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 28 (1): 111-126.

164- Mccaughan, D. L., (1982): The impact of hopelessness on adaptation in the milieu therapy of delinquent adolescents, *Dissertation Abstracts International*, 42 (12-B) : 4935.

165- Mednick, R. A., (1981): Re-activation of arrested development: A theoretical view of the patient- staff community meeting, *Hillside Journal of Clinical Psychiatry,* 3 (2): 163-176.

166- Melnick, G. & De Leon, G., (1999): Clarifying the nature of therapeutic community treatment: The survey of essential elements questionnaire (SEEQ), *Journal of Substance Abuse Treatment,* 16 (4): 307-313.

167- Menninger, R. W., (1998): The therapeutic environment and team approach at the Menninger Hospital, Psychiatry & Clinical *Neurosciences*, 52: 1316-1323.

168- Milkman, H., *et. al.,* (1980): An innovative approach to methadone detoxification, *International Journal of Addiction*, 15 (8) : 1199-1211.

169- Miller, I. W., *et. al.,* (1989) : cognitive behavioral treatment of depressed inpatients: Six & twelve- month follow up, *American Journal of Psychiatry*, 146 (10) : 1274-1279.

170- Mishara, B. L., (1979): Environment and face- hand test performance in the institutionalized elderly, *Journal of Gerontology*, 34 (5): 692- 696.

171- Modestin, J. & Lerch, M., (1987): The open door at a psychiatric admission unit, *Psychiatric Praxis* 14 (2): 40-45.

172- Mohr, W. K., *et. al.,* (1998) : A restraint on restraints : The need to reconsider the use of restrictive interventions , *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (2) 95-106.

173- Molina, J. A., (1982): Psychobiosocial " Maps" , A useful tool in milieu therapy and psychiatric *Education , Journal of Clinical Psychiatry,* 43 (5) : 182-186.

174- Mortola, J. F., (1989): The use of psychotropic agents in pregnancy and lactation, *Psychiatric Clinics of North America,* 12 (1): 69-87.

175- Mosher, L. R. & Keith, S. J., (1979): Research on the psychosocial treatment of schizophrenia: A summary report, *American Journal of Psychiatry*, 136 (5): 623-631.

176- Mosher, L. R., *et. al.,* (1986) : Milieu therapy in the 1980s : A comparison of two residential alternatives to hospitalization, *Bulletin of Menninger Clinic*, 50 (3) : 257-268.

177- Mosher, L. R., *et. al.,* (1995) : The treatment of acute psychosis without neuroleptics: Six-week psychopathology outcome data from the soteria project, *Journal of Social Psychiatry,* 41 (3) : 157-173.

178- Mosher, L. R., (1999): Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: A personal and professional review, *Journal of Nervous & Mental Disorders,* 187 (3): 142-149.

179- Muller, H. (1987): Use of family therapy knowledge in gerontopsychiatry as a part of comprehensive treatment, *Psychiatric Praxis,* 14 (6) : 199-202.

180- Mulvihill, D. L., (1983): Milieu therapy in a children's unit, *Canadian Journal of Psychiatric Nursing*, 24 (4): 17-18.

181- Murray, R.B. & Baier, M., (1993): Use of therapeutic milieu in a community setting, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 31 (10): 11-16.

182- Nathan, P. E. & Harris, S. L., (1980): Psychopathology and society, New York: Mc Graw- Hill Book Company, (2.ed.).

183- Negishi, Y., (1983): Psychotherapeutic study of ties in childhood on relationship between family dynamics and onset, *Folia Psychiatr. Neurol. Jpn.*, 37 (1): 1-23.

184- Otto, B., (1987): Bruno Bethlehem's milieu therapy approach: The orthogenic school of the university of Chicago: A model for child psychiatry and home child rearing? *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinder-psychiatrie,* 36 (4): 144-149

185- Otto, B., (1992): The limits of Bruno Bethlehem's milieu therapy, *Praxis Kinderpsychologie Und Kinder-psychiatrie*, Vol. 41 (9): 316-320.

186- Peterson, E. J., *et. al.*, (1994) : A look at adolescent treatment in a time of change, *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 7 (2) : 5-15.

187- Pfeffer, C. R., (1980): Psychiatric hospital treatment of assaultive homicidal children, *American Journal of Psychotherapy*, 34 (2): 197-207.

188- Pohl, J., (1979): The clinic as an interpersonal field of dynamic psychiatric treatment of psychosomatic diseases, *Psychotherapy & Psychosomatics,* 31 (1-4): 190-196.

189- Polan, H. J., (1985): Impact of AIDS- related cases on an inpatient therapeutic milieu, *Hospitals & Community Psychiatry*, 36 (2): 173-176.

190- Poole, S. R., *et. al.,* (1980) : Hospitalization of a psychotic mother and her breast- feeding infant, *Hospitals & Community Psychiatry,* 31 (6) : 412-414.

191- Price, R. H. & Lynn, S. J., (1981): Abnormal psychology in the human context, Illinois: The Dorsey Press.

192- Rave- Schwank, M., (1986): Classical texts-related: Cumming, J., Elaine Cumming: Self & milieu theory and practice of milieu therapy, *Psychiatr. Praxis* , 13 (1): 32-35.

193- Reardon, J. A., (1993): A clinical ladder for milieu counselors: An opportunity to contribute to self- esteem, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services,* 31 (1): 27-29.

194- Reid, W., (1981): Psychoanalytic psychotherapy in a hospital milieu, *Canadian Journal of Psychiatry*, 26 (6): 421-425.

195- Richardson, L., (1999): Nurses take: Therapeutic change into their own hands, *Nursing Management,* 30 (6): 61-63.

196- Rinsley, D. B., (1990): The severely disturbed adolescent: indications for hospital and residential treatment, *Bulletin of Menninger Clinic,* 54 (1): 3-12.

197- Ritzler, B. A., (1981): Paranoia prognosis and treatment: A review, *Schizophrenia Bulletin,* 7 (4): 710-728.

198- Rock, B. D., *et. al.,* (1992): Helping patients in the supportive milieu of a community residence program for the chronically mentally ill: Conceptual model and initial evaluation , *Social Work & Health Care,* 16 (3): 97-114.

199- Rosca- Rebaudengo, P., *et. al.*, (1991) : Integration of cultural elements in the therapeutic milieu of a psychiatric day care unit, *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences,* 28 (3) : 5-17.

200- Rosenbaum, B., *et. al.,* (1987): Psychodynamic milieu therapy: Experience with adults psychotic since childhood , *Ugskr. Laeger.*, 149 (9): 619-622.

201- Rosenbaum, M., (1991): Violence in psychiatric wards: Role of the lax milieu, *General Hospitals & Psychiatry*, 13 (2): 115-121.

202- Rosem, P. M., *et. al.*, (1988): The effects of unstable clients in adolescent treatment: Contagion versus continuity , *Adolescence*, 23 (89): 29-34.

203- Rosie, J. S., *et. al.*, (1995): Effective psychiatric day treatment: Historical lessons, *Psychiatric Services*, 46 (10) : 1019- 1026.

204- Rowe, J. & Van Dorf, L., (1992): My brother's keeper: Simultaneous hospitalization of siblings, *Perspectives of Psychiatric Care*, 28 (2): 5-10.

205- Rund, B. R., *et. al.*, (1994): The psychosis project: Outcome and cost- effectiveness of a psychoeducational treatment program for schizophrenic adolescents, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (3) : 211-218.

206- Sarason, I. G. & Sarson, B. R., (1980): Abnormal psychology, The problem of maladaptive behavior, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., *(3 ed.)*.

207- Scharer, K. M., (1979): Helping disturbed children change their passive- aggressive behavior through milieu therapy, *ANA Publications*, 59: 275-92.

208- Scharer, K. M., (1996): Nurse–patient relationship in child psychiatric units (Milieu Therapy), *Dissertation Abstracts International*, 57 (4- B): 2484.

209- Schrpker, R., *et. al.*, (1995) : Parent counseling by the patient care and guidance team on a child psychiatry unit, *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kenderpsychiatrie* 44 (5): 173-180.

210- Schnitt, J.M. & Nocks, J. J., (1984): Alcoholism treatment of Vietnam veterans with past- treatment stress disorder, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1(3): 179-189.

211- Schoonover, S. C. & Bassuk, E. L., (1983): Deinstitutionalization and the private general hospital inpatient unit : Implications for clinical care, *Hospitals & Community Psychiatry*, 34 (2): 135-139.

212- Schulz, C. G., (1980): Discussion of neuroleptics and psychosocial treatment, *Schizophrenia Bulletin*, 6 (1): 136-138.

213- Schutz, R. M., (1995): The team of the geriatric day clinic, *Z. Gerontol Geriatrie*, 28 (2): 93-95.

214- Sederer, L. I., (1984): Inpatient psychiatry: What place the milieu? , *American Journal of Psychiatry*, 141 (5): 673-674.

215- Selby, R. B., (1981): Effects on self-concept in two different alcoholism treatment programs, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 8 (1): 95-105.

216- Shamsie, S. J., (1981): Antisocial adolescents: Our treatments do not work, where do we go from here?. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26 (5): 357-364.

217- Siegel, L. I., (1987): Confrontation and support in group therapy in the residential treatment of severely disturbed adolescents, *Adolescence*, 22 (87): 681-690.

218- Silvan, M., *et. al.*, (1999) : A model for adolescent day treatment, *Bulletin of Menninger Clinic.*, 63 (4) : 459-480.

219- Simard, J., (1999): Making a positive difference in the lives of nursing home residents with Alzheimer disease: The lifestyle approach, *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 13 (1): 67-72.

220- Simons, D. J., (1994): The relationship of sequential-simultaneous processing to emotionally disturbed children's behavior problems and to their improvement in milieu therapy, *Dissertation Abstracts International*, 46 (3-B): 971.

221- Slevin, E. & Mcclelland, A. (1999): Multisensory environments: Are they therapeutic? A single- subject evaluation of the clinical effectiveness of a multisensory environment, *Journal of Clinical Nursing*, 8 (1): 48-56.

222- Soth, N., (1986): The patient- centered bibliography: Uniting library services with the mission of the psychiatric hospital, *Psychiatric Hospitals*, 17(2): 91-94.

223- Sperling, M. B., *et. al.*, (1990): Amelioration of transference resistance: Substitute therapists in milieu group therapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 40 (1): 79-90.

224- Stannard- Friel, D., (1981): Ward 3A revisited, *Psychiatry*, 44 (2): 150-160.

225- Steinberg, S. K., (1982): Geriatric pharmacy practice in the long–term care facility, *Canadian Journal of Hospitals & Pharmacies*, 35 (1): 14-16.

226- Steiner, M., *et. al.*, (1980): Multimodal treatment of a case of obsessive- compulsive neurosis, *Journal of Nervous & Mental Disorders*, 168 (3): 184-187.

227- Steinhausen, H. C., (1992): Mild and severe organic brain disorders in childhood, *Schweiz. Med. Wochenschr.* , 122(4): 102-111.

228- Stone, M. E. & Nelson, G. L., (1979): Coordinated treatment for long–term psychiatric inpatients. *Social Work*, 24 (5): 406-410.

229- Story, I., (1982): Anorexia nervosa and the psychotherapeutic hospital, *International Journal of Psychoanalysis & Psychotherapy*, 9: 267-302.

230- Stuart, S., *et. al.*, (1997): Cognitive therapy with inpatients, *General Hospitals & Psychiatry*, 19 (1): 42-50.

231- Sundelin, J., *et. al.*, (1996): Family-oriented support at the onset of diabetes mellitus: A comparison of two group conditions during 2 years following diagnosis, *Acta Paediatrica,* 85 (1): 49-55.

232- Szajnberg, A. (1985): Staff counter-transference in the therapeutic milieu: Creating an average expectable environment, *British Journal of Medical Psychology,* 58 (4): 331-336.

233- Trappler, B., *et. al.,* (1995): Treatment of Hassidic Jewish patients in a general hospital medical-psychiatric unit, *Psychiatric Services,* 46 (8):833-835.

234- Trudel, G. & Desjardins, G., (1994): Sexuality in the psychiatric milieu, *Canadian Journal of Psychiatry,* 39 (7): 421-428.

235- Tuck, I. & Keels, M. C., (1992): Milieu therapy: A review of development of this concept and its implications for psychiatric nursing, *Issues of Mental Health Nursing,* 13 (1): 51-58.

236- Tuma, A. H. & May, P. R., (1979): And if that doesn't work, What next? : A study of treatment failures in schizophrenia, *Journal of Nervous & Mental Disorders,* 167 (9): 566-571.

237- Uchtenhagen, A., (1984): The residential structure as a therapeutic instrument, *Psychiatric Praxis,* 11 (5): 163-167.

238- Ungavarski, P. J. & Trzcianowska, H., (2000): Neurocognitive disorders seen in HIV disease, *Issues of Mental Health Nursing,* 21 (1): 51-70.

239- Vaglum, P., (1981): Milieu therapy of young drug abusers in Norway: What knowledge and experience do we have now ?, *Tidsskr. Nor Laegcforen,* 101 (14): 852-855.

240- Vaglum, P., *et. al.,* (1985): Why are the results of milieu therapy for schizophrenic patients contradictory? An analysis based on four empirical studies, *Yale Journal of Biological Medicine,* 58 (4): 349-361.

241- Van Bilsen, H. P. & Van Emst, A. J., (1986): Heroin addiction and motivational milieu therapy, *International Journal of Addiction,* 21 (6): 707-713.

242- Van-Eynde, I. E., (1979): A sociotherapeutic living-center for psychiatric patients, *Psychiatric Praxis,* 6 (1): 7-13.

243- Vaughun, K., *et. al.,* (1995): Brief inpatient psychiatric treatment: Following solutions, *Issues of Mental Health Nursing,* 16 (6) : 519-531.

244- Viner, J., (1985): Milieu concepts for short term hospital treatment of borderline patients, *Psychiatric Quartley,* 57 (2): 127-133.

245- Vinogradov, S. & Yalom, I. D., (1989): Group psycho-therapy. Washington: American Psychiatric Press Inc.

246- Walker, M., (1994): Principles of a therapeutic milieu: An overview, *Perspectives of Psychiatric Care,* 30 (3): 5-8.

247- Wallace, B. C., (1987): Cocaine dependence treatment on an inpatient detoxification unit, *Journal of Substance Abuse Treatment,* 4 (2): 85-92.

248- Warner, S., (1984): Humor & Self-disclosure within the milieu, *Journal of Psychosomatic Nursing & Mental Health Services,* 22 (4): 17-21.

249- Warner, S., (1993): The milieu enhancement model: A nursing practice model, *Archives of Psychiatric Nursing,* 7 (2): 53-60, (A).

250- Warner, S., (1993): The cost-effectiveness of a nursing demonstration project, *Archives of Psychiatric Nursing,* 7 (2): 61-67, (B).

251- Warner, S. & Welch, R., (1993): The cost benefits of a nursing demonstration project, *Archives of Psychiatric Nursing,* 7 (2): 68-73.

252- Weitzel-Polzer, E. & Rasehorm, E., (1988): A psychosocial therapeutic program for dementia inmates of a nursing home for the aged, *Z. Gerontol.,* 21 (1): 16-20.

253- Wells, A. M., (1998): Assessing group process in child and adolescent milieus: Psychometric refinement of the self-perception profile of staff group, *Dissertation Abstracts International,* 58 (12-B): 6865.

254- Werbart, A., (1997): Separation, termination process and long-term outcome in psychotherapy with severely disturbed patients, *Bulletin of Menninger Clinic,* 61(1): 16-43.

255- Wester, J. M., (1989): Rethinking inpatient treatment of borderline clients, *Perspectives of Psychiatric Care,* 27 (2) : 17-20.

256- Wettsteim, A., (1989): Pharmacotherapy and milieu therapy in senile dementia, *Ther. Umsch.,* 46 (1): 66-71.

257- Wettstein, A. & Hanhart, U., (2000): Milieu therapy for patients with dementia: Appropriate, regular stimulation by pleasant experiences, *Schweiz. Rundsch. Med. Praxis,* 89 (7) : 281-286.

258- Whalley, P., (1994): Team approach to working through transference and countertransference in a pediatric/ psychiatric milieu, *Issues of Mental Health Nursing,* 15 (5): 457-469.

259- Whitehead, C. C., *et. al.,* (1984): Objective and subjective evaluation of psychiatric ward redesign, *American Journal of Psychiatry,* 141 (5) : 639-644.

260- White, T. A., *et. al.,* (1979) : Assessing the need for follow up : The relationship of prognosis to pasthaspitalization adjustment, *Child Psychiatry & Human Development,* 10 (2): 91-102.

261- Williams, M., (1982): Anorexia nervosa: Milieu therapy of young adolescents, *Australian Nurses Journal,* 11 (8): 38-40.

262- Wilmer, H. A., (1981): Defining and understanding the therapeutic community, *Hospitals & Community Psychiatry,* 32 (2): 95-99.

263- Winchel, R. M., & Stanley, M., (1991): Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation, *American Journal of Psychiatry,* 148(3): 306-317.

264- Wormstall, H., *et. al.,* (2000): Video technology: A medium for milieu therapy?, *Psychiatric Praxis,* 27 (5): 235-238.

265- Yody, B. B., *et. al.,* (2000): Applied behavior management and acquired brain injury: Approaches and assessment, *Journal of Head Trauma Rehabilitation,* 15 (4): 1041-1060.

266- Young, M. A. & Meltzer, H. Y., (1980): The relationship of demographic, clinical and outcome variables to neuroleptic treatment requirements, *Schizophrenia Bulletin,* 6 (1): 88-101.

267- Yurkovich, E., (1990): Patient and nurse roles in the therapeutic community, *Perspectives of Psychiatric Care,* 25 (3-4): 18-22.

268- Zeiler, J., (1993): The aggressive patient: Comments on the social psychology of violence, *Psychiatric Praxis* 20 (4): 130-135.

269- Zeldow, P. B., (1979): Divergent approaches to milieu therapy, *Bulletin of Menninger Clinic,* 43 (3): 217-232.

270- Zimmer, D. & Uchtenhagen, A., (1979): Sociopsychiatric treatment combination in patients who are partly inpatients and genuine outpatients: Definition and comparison, *Psychiatric Praxis,* 6(2) : 63-71.

الفصل السادس
ديناميات تدعيم الجماعة
Group Support Dynamics

أولاً : مدخل لدراسة المعنى والمفهوم.

ثانياً : أهداف العلاج التدعيمي.

ثالثاً : الفئات الإكلينيكية للتدعيم: علاجاً وإرشاداً.

رابعاً : بعض اعتباراته العلاجية.

خامساً : ميكانيزمات التدعيم ومصادره.

سادساً: بعض دراسات فعالياته.

سابعاً : أنماطه، وأنواعه، وأشكاله.

ثامناً : مزج العلاج التدعيمي مع علاجات أخرى.

تاسعاً : تكنيكات العلاج التدعيمي.

عاشراً : برنامج علاجي تدعيمي مقترح.

الفصل السادس

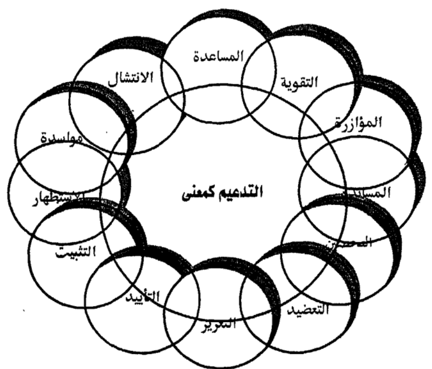
ديناميات تدعيم الجماعة

Group Support Dynamics

أولاً : مدخل لدراسة المعنى والمفهوم:

١ـ معنى التدعيم *Meaning of Support*

يذخر علم النفس العلاجي بمعان متعددة لاصطلاح التدعيم يلخص بعضه الشكل التالي المقترح:



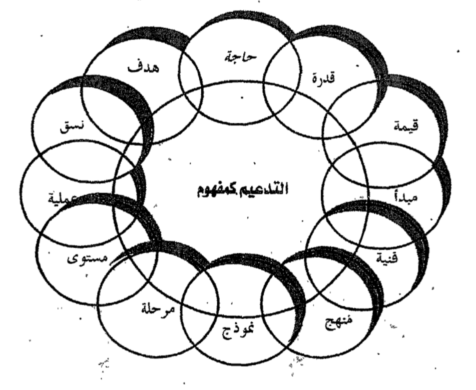
شكل رقم (٥٨) تصور مقترح لبعض معاني التدعيم

والمعاني السابقة التي يوضحها الشكل السالف هي معاني التدعيم ومردافاته فالمساعدة *Help & Aid* هي أن تمديد العون، والتقوية *Strengthen* هي أن تمنح القوة، والصلابة، والقدرة على المواصلة والمؤازرة *Sustainment* هي أن تشدد من الأزر، والمساندة Bearing هي أن تقف بجانب، والتحصين Fortification هو أن تتزود لتواجه، والتعضيد Bracing أن تنصر وتعين، والتعزيز Reinforcement أن تؤكد، وتربط، وتكرر، والتأييد، Shoring & Advocacy أن تناصر، وتوافق، وتشجع ، والتثبيت Endureness نقيض التزعزع أي الإطاقة، والتحمل، والبقاء دون اهتزاز، والاستظهار Backing up تعني المعاونة وحماية الظهر والمعنى غير المباشر حماية الظهر النفسي للمريض، والمواسدة

Bolstering أي الترييح، والإراحة، والطمأنة، والتهدئة، والتسكين أما الانتشال Picking up فيعني التخليص، والرفع، والإنقاذ، وعلى ذلك أتت كل هذه المعاني مرادفة، ومفسرة لمعنى التدعيم الذي احتواها نظراً لتماثلها على المستويين اللغوي والعلاجي معاً.

ب- **مفهوم التدعيم** *Conception of Support*

للتدعيم أيضاً مفاهيم عدة، يوضح بعضها الشكل التالي:



شكل رقم (٥٩) تصور مقترح للتدعيم كمفهوم

فالتدعيم قد يكون حاجة Need أو دافعاً Motive، وليس المرضى فقط هم الذي يحتاجون التدعيم، بل الأسوياء أيضاً، وقد يكون قدرة Ability أي القدرة على منح التدعيم سواء للغير أم للذات، وتوجد فروق فردية في تلك القدرة بين الأشخاص، وقد يكون قيمة Value من القيم الإنسانية، والأخلاقية، والاجتماعية، وقد يكون مبدأً Principle سواء على المستوى الإنساني أم على المستوى العلاجي، وقد يكون فنية أو أسلوب أو تكنيك Technique علاجي يستخدم مع علاجات أخرى نفسية أو غير نفسية وقد يكون منهجاً أو طريقة Method من طرائق العلاج تمثل مدرسة ما، أو تيار ما، أو منحى ما، وقد يكون نموذجا Model من النماذج العلاجية أو الإرشادية، وقد يكون مرحلة Stage or Phase من مراحل العلاج النفسي أو سير النفسي تستوجب التدعيم، وقد يكون مستوا Level من سلسلة مستويات علاجية معينة، وقد يكون عملية Process من عمليات الإرشاد

والعلاج النفسي الفردي والجماعي لها دينامياتها، وتبايناتها، وقد يكون نسقاً System علاجياً له مكوناته، وأبعاده، ومحاوره، وإطاره. وتسلسله، وشبكة متغيرات، وقد يكون هدفاً أو غاية Goal علاجية يسعى لها المعالج حتى يصل بمرضاه إلى درب التشافي.

وبكل المعاني السابقة، وبكل المفاهيم السابقة يتضح لنا أن التدعيم هو كبد العلاج نفسياً كان، أو أياً كان.

والحقيقة أن العلاج التدعيمي ليس بمجرد علاج لاستكمال برستيج أو مكانة، وإنما هو علاج فعال وجذاب ومتحدي لأصعب الأمراض حتى العقلية المزمنة *(Mc Intosh, 1991)*.

ويعبر التدعيم الاجتماعي عن تكامل العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، ويعد حيوياً جداً لدى معتمدي العقاقير. (Havassy, *et. al.*, 1995).

وليس التدعيم فقط في سماع عبارات تدعيمية من آخر، أو إظهار بعض السلوكيات المساندة منه، وإنما يكون التدعيم أيضاً في سماع تعبيرات المريض والاهتمام بها، ومشاركته إياها، والتعاطف معه. (Crits, *et. al.*, 1999).

ولا غرو في أن يؤكد كيك (١٩٩٩) أن مجرد تدعيم طفيف يمكن أن يعود بنتائج ذات مغزى حتى مع حالات الاعتماد الكحولي (Kick, 1999).

ثانياً: أهداف العلاج التدعيمي *Goals Of Supportive Therapy*

رغم كثرتها نوجز منها مايلي:

١- إحداث توازن انفعالي سريع **Quick Emotional Equilibrium** للمرضى.

٢- تحسين الأعراض **Symptoms Amelioration**، وتخفيف حدتها **Relief**. وإزاحتها أو إزالتها **Removal**، والقضاء عليها أو التخلص منها **Elimination**.

٣- إحداث توظيف ملائم للواقع **Adequate Functioning In Reality**.

٤- بناء الأنا **Ego – Building**، وتنظيم الذات **Self – Discipline** وتقوية الأنا **Ego – strength**.

٥- زيادة التحمل والإطاقة **Increase Tolerance**.

٦- اعادة الامساك بزمام الأمور، وإعادة السيطرة والسيادة Remastery.

(Wolberg, 1988, P. 103-104).

٧- لملمة المرضى Gathering Upأي اللملمة النفسية بمعنى جمع شتات الشخصية من التبعثر أثر الضغوط والأزمات.

٨- كما يهدف العلاج التدعيمي إلى تحسين العلاقة بالموضوع لدى المرضى (Piper, *et. al.*, 1999).

ثالثاً : الفئات الإكلينيكية للتدعيم : علاجاً وإرشاداً

Clinical Categories for Supportive Therapy & Counseling

رغم أن كل فئة إكلينيكية تحتاج إلى تدعيم بشكل أو بآخر فإنه يمكن التنويه عن بعضها وعن فعالية العلاج والإرشاد التدعيمي معها على النحو التالي:

أولاً : الاضطرابات النفسية

١- **الاعتماد العقاقيري والكحولي** ***Drug & Alcohol Dependence***

ومن الدراسات التي أكدت فاعليته هنا مثالاً لا حصراً:

- دراسة سينكلير (٢٠٠١) (Sinclair, 2001)
- دراسة هينالا وآخرون (٢٠٠١) (Heinala, *et. al.*, 2001)

٢- **حالات الاكتئاب** ***Depression***

وخصوصا في مرحلة المراهقة حيث كثير من الدراسات أكدت فعاليته منها مثالاً لا حصراً:

- دراسة ستين وآخرون (٢٠٠١) (Stein, *et. al.*, 2001)
- دراسة كيوري (٢٠٠١) (Curry, 2001)

٣- **اضطراب الوسواس القهري:** ***Obsessive Compulsive Disorder***

ومن الدراسات العديدة التي أثبتت فاعليته مثالاً لا حصراً ما يلي:

- دراسة باربر وآخرون (١٩٩٧) (Barber, *et. al.*, 1997)
- دراسة بياكنتيني (١٩٩٩) (Piacentini, 1999)

٤- **اضطراب الهلع والرهاب الاجتماعي:** ***Panic Disorder & Social Phobia***

ومن الدراسات التي أكدت فعاليته هنا مثالاً لا حصراً:

- دراسة كوتراكس وآخرون (٢٠٠٠) (Cottraux, *et. al.*, 2000)
- دراسة توسك وآخرون (٢٠٠١) (Teusch, *et. al.*, 2001)

٥- **اضطراب الانعصاب اللاحق لصدمة:** *Post-traumatic Stress Disorder*

ومن الدراسات التي بينت ذلك مثالاً لا حصراً:

- دراسة شيارامونتي (١٩٩٢) **(Chairamonte, 1992)**
- دراسة كمب وآخرون (١٩٩٥) **(Kemp. *et. al.*, 1995)**

كما يمكن استخدام العلاج التدعيمي مع المرضى الذين يعانون من أثر لاحق لصدمة أو حادثة **Post – stroke Patients** ويجب تحديد أيهما أفضل لكل حالة هل هو العلاج الفردي أم الجماعي؟ **(Alvarez, 1997).**

٦- **حالات الأطفال من ذوي الإساءة الجنسية :** *Sexually Abused Children*

ومن الدراسات التي أوضحت ذلك مثالاً لا حصراً:

- دراسة وينتون (١٩٩٠) **(Winton, 1990)**
- دراسة كوهين، ومانارينو (٢٠٠٠) **(Cohen & Mannarino, 2000)**

٧- **اضطراب الشخصية الحدية:** *Borderline Personality Disorder*

حيث أثبتت عديد من الدراسات فعاليته معها ، ومنها مثالاً لا حصراً:

- دراسة روكلاند (١٩٩٢) **(Rockland, 1992)**
- دراسة أكيرت وآخرون (٢٠٠٠) **(Eckert, *et. al.*, 2000)**

٨- **حالات الفصام** *Schizophrenia*

ومن الدراسات التي أكدت فعاليته بوصفه علاجاً مساعداً مثالاً لا حصراً:

- دراسة هيرز وآخرون (٢٠٠٠) **(Herz, *et. al.*, 2000)**
- دراسة ركتور، وبيك (٢٠٠١) **(Rector & Beck 2001)**

٩- **برامج الإقلاع عن التدخين** ***Smoking Quitting Programs***

وإن كانت دراسة رسيل مع آخرين (١٩٨٨) تؤكد أهمية التدعيم في برامج تخفيف التدخين والإقلاع عنه (Russell, *et. al.*, 1988) فإن شيفمان يتفق معها في ذلك، ويؤكد بدوره أن مدخني السجائر يكونون في حاجة ماسة وكبيرة إلى ذلك التدعيم (Shiffman,1989). وهذا مايؤيده بدوره سكونهولتز (١٩٩٤).

(Schoenholtz, 1994, P. 181).

٩- اضطرابات الشهية والطعام **Eating Disorders**

مثل السمنة المفرطة **Over Obesity** وفرط الشهية العصبي **Bulimia Nervosa** وغيرها، ولقد أكدت دراسات عديدة فعالية العلاج التدعيمي مع تلك الحالات، ومنها مثالاً لا حصراً:

- دراسة بوم وآخرون (١٩٩١) **(Baum, *et. al.*, 1991)**
- دراسة جارنر وآخرون (١٩٩٣) **(Garner, *et. al.*, 1993)**

١٠- فئات نفسية أخرى

١١-١- أية مريض يعاني خللاً أو اضطراباً في الأبعاد الثلاثة لوظيفة الأنا **Ego Function** وهي:

أ- الإدراك ***Perception***

ب- التنظيم ***Organization***

ج- الفعل ***Action***

(Sassano & Stone, 1975, P. 328).

١١-٢- مع حالات الجنسية المثلية لدى الرجال ضمن البرامج العلاجية المخصصة لهم.. سواء على مستوى العلاج أو الإرشاد التدعيمي الجماعي. **(Cody, 1988)**

١١-٣- حالات التعصب من جراء متغيرات الجنسية **Sexism & Nationality**، والسلالة **Racism** ولون الجلد **Skin Color** **(Boyd, 1991)**.

١١-٤- المراهقون المضطربون سلوكياً **Behaviorally Disordered Adolescents**. **(Zelvys, 1991).**

١١-٥- المرضى المقيمون، وغير المقيمين. **In & Out Patients.** **(Martin, *et. al.*, 1991).**

١١-٦- الأطفال من ذوي المشكلات الانفعالية والسلوكية **Emotional & Behavioral Problems** **(Burnes, *et. al.*, 1992)**.

١١-٧- حالات عنف العنابر **Wards Violence** **(Vanderslott, 1992)**

١١-٨- الأمهات الحبالى **Pregnant Women**، أو حديثي الوضع والولادة. **(Goblet, 1993).**

١١-٩- حالات اضطراب الشخصية ضد الاجتماعية المستهدفة لتعاطي الكحول **(Longabaugh, *et. al.*, 1994).**

١١-١٠- النساء اللائي تعرض لاعتداء Battered Women

١١-١١- حالات الجنسية الثنائية المزدوجة Bient (Bisexuals)

١١-١٢- حالات الألم الشديد Severe Pain

١١-١٣- عسر القراءة Dyslexia

١١-١٤- حالات التبني Adoption (Schoenholtz, 1994, P. 181).

١١-١٥- حالات اضطراب الذاكرة Memory Disorders (Schmitter, *et. al.*, 1995).

١١-١٦- حالات الجنسية المثلية Homosexuality بشقيها: اللواط Gay والسحاق Lesbian (Chojnacki & Gelberg, 1995)

١١-١٧- حالات الوقاية من الانتحار Suicide Prevention (IASP. Executive Committee, 1999).

١١-١٨- حالات اضطرابات النوم Sleep Disorders (Vgontzas & Kalles, 1999).

١١-١٩- حالات الصرع Epilepsy (Kubota, *et. al.*, 2000).

١٢- فضلاً عن فئات أخرى مثل:

١- المرضى الجدد New Patients

٢- الانعصابيون Distressed Patients

٣- الانتحاريون (محاولي الانتحار) Suicidal Patients

٤- المرضى تحت الملاحظة Observation Patients.

٥- المرضى في حالة الهياج والإثارة Exciting, Provocated & Agitated Patients.

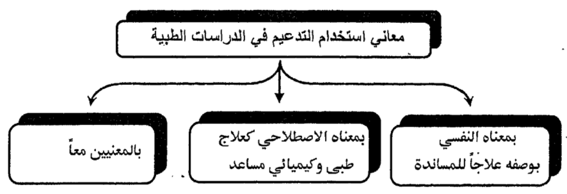
٦- المرضى بلا مأوى Homeless Patients

٧- الباحثون عن المساعدة Supportless & Help Seekers

٨- العاطلون Jobless Persons

٩- فئات أخرى لم تذكر هنا.

ثانياً: الاضطرابات العضوية



شكل رقم (٦٠) يوضح معانى استخدامه فى الدراسات الطبية (تصور مقترح)

ويؤكد فاكيني أهمية العلاج التدعيمي وتشعبه بحيث يتسع ليشمل معظم العلاجات الطبية والمشكلات الطبية ذات الطابع الجسمي، والفيزيقي..(Facchini, 1996)

كما أن التدعيم يحسن من العلاقة بين المريض والطبيب في حال الأمراض العضوية، ويساعد المريض على حسن التوظيف النفسي والفيزيقي.

(Butler & Beltran, 1993).

ومن الدراسات التي أكدت تلك المعاني مع اضطرابات عضوية مختلفة ما يلي مثالاً لا حصراً:

١ـ **اضطرابات الكلي** *Renal Disorders*

ومن دراستها التي أكدت ذلك مثالاً حصراً:

- دراسة لي وآخرون (٢٠٠٠) **(Li, *et. al.,* 2000)**
- دراسة سنييه، ولاي (٢٠٠١) **(Sinniah & Lye, 2001)**

٢ـ **أمراض الكبد** *Hepatic & Liver Diseases*

ومن دراستها التي أكدت ذلك مثالاً لا حصراً:

- دراسة ماجيوري وآخرون (٢٠٠٠) **(Naguire, *et. al.,* 2000)**
- دراسة منجيني، وأرورا (٢٠٠١) **(Menghini & Arora, 2001)**

٣ـ **الحميات وأمراض المناطق الحارة** *Fevers & Tropical Diseases*

ومن الدراسات التي أكدت ذلك مثالاً لا حصراً:

- دراسة ديفز وآخرون (٢٠٠٠) **(Davis, *et. al.,* 2000)**

- دراسة موفات (٢٠٠١) (Moffat, 2001)

٤- **اضطرابات القلب وأوعيته وضغط الدم:** *Cardiac Diseases & Hypertension*

ومن الدراسات التي أكدت ذلك مثالاً لا حصراً:

- دراسة ريدي، وهانلي (٢٠٠٠) (Reddy & Hanley, 2000)
- دراسة هولنبرج (٢٠٠١) (Hollenberg, 2001)

٥- **مرض السكر** *Diabetes*

ومن الدراسات التي أظهرت ذلك مثالاً لا حصراً:

- فينيك (١٩٩٩) (Vinik, 1999)
- يومموتو وآخرون (١٩٩٩) (Umemoto, *et. al.*, 1999)

٦- **حالات التسمم وصدماته ومتلازمته:** *Poisoning & Toxicity: Shocks & Syndrome*

ومن الدراسات التي أكدت ذلك مثالاً لا حصراً:

- دراسة فوجي (٢٠٠٠) (Fujii, 2000)
- دراسة هوفمان وآخرون (٢٠٠١) (Hoffmann, *et. al.*, 2001)

٧- **حالات الإيدز وفيروسه** *AIDS & HIV*

ومن الدراسات التي أيدت ذلك مثالاً لا حصراً:

- دراسة جبرييل (١٩٩٣) (Gabriel, 1993)
- دراسة شاير، ورازتيجار (٢٠٠٠) (Shaer & Rastegar, 2000)

٨- **الإصابات الدماغية وجراحتها:** *Head & Brain : Injuries & Surgeries*

ومن دراساتها الموضحة لأهمية العلاج التدعيمى مثالاً لاحصراً:

- دراسة سكميتر وآخرون (١٩٩٥) (Schmitter, *et. al.*, 1995)
- دراسة برينر وآخرون (١٩٩٩) (Briner, *et. al.*, 1999)

٩- **اضطرابات التنفس** *Respiratory Disorders*

ومن الدراسات التي أكدت ذلك مثالاً لا حصراً:

- دراسة ليشر وآخرون (١٩٩٩) (Lesur, *et. al.*, 1999)
- دراسة جيرنج وآخرون (٢٠٠٠) (Jerng, *et. al.*, 2000)

١٠- **مرضى السرطان** Cancer Pt.

ومن الدراسات التي بينت ذلك مثالاً لا حصراً:

- دراسة روز وآخرون (٢٠٠٠) (Rose, *et. al.*, 2000)
- دراسة ألكسندر وآخرون (٢٠٠١) (Alexander, *et. al.*, 2001)

١١- اضطرابات عضوية أخرى

١١-أ- أمراض الأسنان مثل: دراسة لانج وآخرون (٢٠٠٠). (Lang, *et. al.*, 2000).

١١-ب-حالات الأنيميا **Anemia** مثل دراسة كليك ومارش (٢٠٠٠).
(Killick & March, 2000)

١١-جـ-حالات عسر الهضم الوظيفي المزمن **Chronic Functional Dyspepsia**
مثل: دراسة هاملتون وآخرون (٢٠٠٠). (Hamilton, *et. al.*, 2000).

١١-د- مرض ألزيهايمر **Alzheimer** مثل: دراسة ييل (١٩٨٩) (Yale, 1989).

١١-هـ-كما يستخدم التدعيم أيضاً مع حالات أمراض الخلايا مثل: مرض الخلايا المنجلية Sickle Cell Disease. (Butler & Beltran, 1993).

١١-و- آلام التهاب المفاصل **Arthritis** والتي أكدها سكونهولتز (١٩٩٤).
(Schoenholtz, 1994. P. 181).

١١-ز-إصابات الحروق **Burn Injuries** مثل: دراسة ستانوفيك وآخرون (٢٠٠١).
(Stanovic, *et. al.*, 2001).

رابعاً: بعض اعتباراته العلاجية ***Therapeutic Considerations***

حيث يمكن التنويه عن أهمها مثل:

١- تحديد الجرعة المناسبة من التدعيم

رغم أن معظم العلاجات النفسية بل والطبية أيضاً تحتوي على جرعة ما من التدعيم، فإنه من الثابت أيضاً اختلاف حجم هذه الجرعة من علاج لآخر، (Keijsers, *et. al.*, 2000) ولذلك يجب تحديد جرعة التدعيم وفقاً لمدى الاحتياج، وطبيعة المرض، وطبيعة المرضى، بل يجب أيضاً تحديد نمطه، ونوعه هل هو تدعيم نفسي أم اجتماعي، أم شامل، وهكذا.

وفي دراسته مع آخرين (١٩٩٣) يؤكد لونجابوه تأثير العائد العلاجي لأية برنامج بمدى التدعيم الذى يحويه، وأنه كلما زادت جرعته بشكل مناسب كلما ازدادت استجابة المرضى للعلاج. (Longabaugh, *et. al.*, 1993).

كما أكد كلينجمان في دراسته مع آخرين (١٩٩٤) أنه كلما زاد التدعيم الاجتماعي كلما قل الارتكاس لدى معتمد العقاقير.. (Kilngemann, *et. al.*, 1994).

ويرتبط التدعيم أثراً بزيادة تقدير الذات عموماً، ولدى إناث الأسر الكحولية خاصة. كما يرتبط نقصه بزيادة الانعصاب والمعاناة والضغوط وهذا ماأوضحته دراسة هولى (١٩٨٩). (Holley, 1989)

كما يحتاج المراهقون المستهدفون للانتحار والاكتئاب إلى مزيد من التدعيم الاجتماعي الإضافي لحمايتهم من خطر الإقدام على الانتحار Suicide. (Marttunen, et. al., 1994)

٢- مراعاة الفروق الجنسية في الحاجة إلى التدعيم:

رغم أن الاحتياج إلى التدعيم لا يفرق بين ذكر أو أنثى، فإنه من الثابت أن الإناث أكثر احتياجاً إلى التدعيم مقارنة بالذكور خاصة في حال المرض والاضطراب مثل الاعتماد العقاقيري.(Brennan, *et. al.*, 1993)

ولذلك وجب مراعاة ذلك لزيادة جرعة التدعيم لدى الإناث لإشباع حاجتهن الماسة إليه.

كما يظهر ذلك الاعتبار والمراعاة في العائد العلاجي، فالإناث أيضاً حين يحصلن على القدر المناسب منه يظهرن عائداً علاجياً أفضل حتى مقارنة بالذكور (Ogrodniczuk, *et. al.*, 2001).

٣- أهمية فحص إدراك التدعيم *Perception of Support*

لا يقتصر عائد التدعيم على مجرد تقديمه لمن يحتاجه، بل يتعين فحص إدراك المريض لذاك التدعيم ، ومدى استقباله له.

فلقد أوضحت دراسة سيمون (١٩٩١) التي أجريت على عينة قوامها (٩٨) معتمداً عقاقيرياً عن أنه كلما زاد إدراك معتمد العقاقير لتدعيم أسرته كلما كان ذلك مؤشراً صادقاً للتشافي (Simon, 1991).

٤- أهمية الشعور الوجداني بالتدعيم *Affective Feelings of Support*

ويبدو أن إدراك التدعيم بمفرده ليس كافياً، وإنما يتعين الشعور به، والإحساس به، والانفعال له وجدانياً.

وهذا ماأكده جوهيل (١٩٩٢) من ارتباط التدعيم بالوجدان وفعاليته في مواجهة الألم الناشئ عن اضطرابه (Goehl, 1992).

ولذلك لابد أيضاً من فحص مدى الشعور والإحساس الوجداني بالتدعيم المدرك حتى يتم التأكد أن المريض قد استقبل جرعة التدعيم، وهضمها، بل واستفاد منها أيضاً.

٥- **تنوع مصادر التدعيم وجودته:**

حيث يجب فحص مصادر التدعيم المتاحة، وتحديد مدى جودتها للمريض أو المرضى خاصة لدى معتمد العقاقير. وعلى المؤسسة العلاجية مساعدته في البحث عن تلك المصادر بشكل مناسب. (Reardon, 1985).

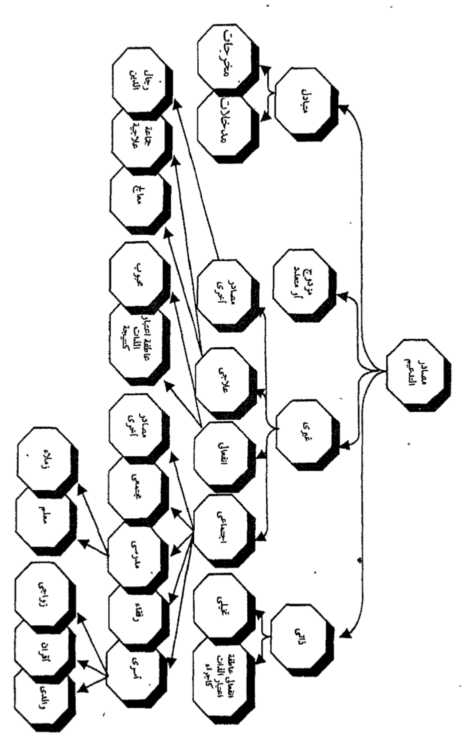
وفي كل الأحوال يحتاج معتمدو العقاقير خاصة السيدات إلى شبكة تدعيم اجتماعي فضلاً عن التدعيم النفسي..(NIDA, 1979)

وحتى بعد انتهاء العلاج الأساسي أو الأولي، لابد لنجاح الشفاء أن يحصل معتمد العقاقير والكحوليات على مظلة تدعيمية ونسق تدعيمي، وشبكة تدعيمية حتى بعد انضمامه لجماعات مثل (AA) وغيرها من طرز المساعدة الذاتية. (Longabaugh, *et. al.,* 1998).

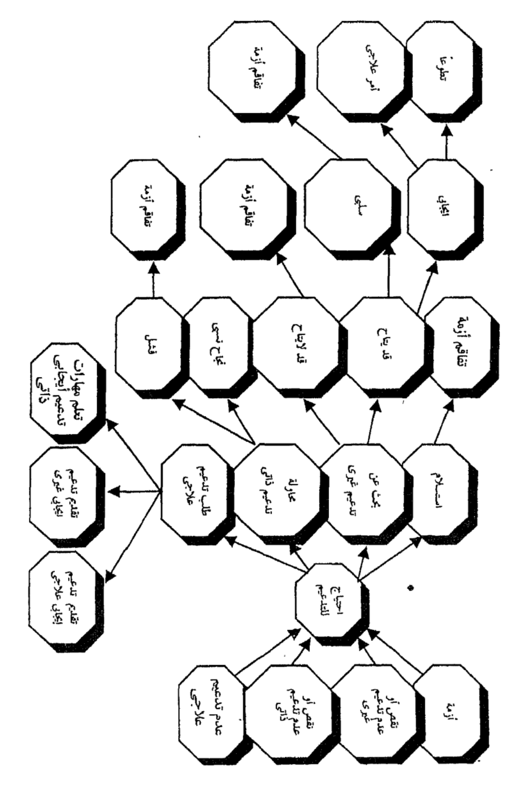
خامساً: ميكانيزمات التدعيم ومصادره *Support: Mechanisms & Sources*

يوضح الشكل التالي تصوراً مقترحاً عن مصادر التدعيم المختلفة التي يستقي منها الأفراد – أسوياء أو مرضى– جرعات التدعيم التي يحتاجون إليها.

ثم يعقبه عرض شكلين مقترحين لميكانيزمات التدعيم عموماً، والتدعيم الغيري كذلك.



شكل رقم (١٩) تصور مقترح لبعض مصادر التدعيم



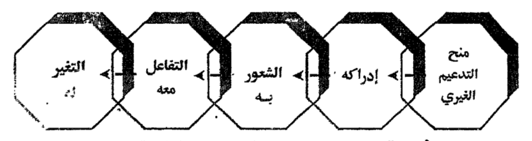
شكل رقم (٢٠) تصور مقترح لميكانيزم التدعيم عموما

وقد لايحتاج الشكل رقم (١٩) توضيحاً أو تفسيراً أو شرحاً أو ماشابه ذلك لإنه يفسر ذاته ويشرح نفسه معبراً عن بعض مصادر التدعيم المتعارف عليها عموماً.

أما الشكل رقم (٢٠) والخاص بتوصر ميكانيزم التدعيم عموماً فإنه ببساطة يتلخص فى أن الاحتياج إلى التدعيم يزداد لهيبه بحدوث مسببات معينة مثل: التعرض لأزمة، أو محنة، أو صدمة، أو كارثة، أو طاقة، أو مصيبة أو مرض أو ماشابه ذلك فضلاً عن عدم وجود تدعيم، أو حتى الشعور بنقص كميته أو مصادره أو موارده، فضلاً عن عدم وجود تدعيم علاجى. لأن العلاج عموماً لايتوفر فور الأزمة ولكن من المعتاد أن تسبق الأزمة العلاج بفترة ليست بالقصيرة خاصة تلك الأزمات ذات الصبغة النفسية .. وهنا تزداد الحاجة إلى تلقى التدعيم يعقبها عدة احتمالات سلوكية مثل: الاستسلام للأزمة، والرضا بحالة اللاتدعيم وبالتالى تتفاقم الأزمة وتحتل حيزاً أكبر من الاضطراب. أو قد يبحث الفرد المتأزم عن تدعيم غيرى أو أن يحاول تدعيم نفسه بنفسه، أو قد تدفعه بصيرته إلى طلب التدعيم العلاجى، حيث يتلمسه فى معالج أو جماعة أو تعلم مهارات تدعيم الذات أو كل ذلك أو حتى بعضه.. وفى حال بحثه عن التدعيم الغيرى فقد لايتاح له ذلك وهذا يزيد من تفاقم الأزمة، أو قد يتاح له سلبياً وقد يزيد ذلك أيضاً من تفاقم الأزمة، أما إن اتيح له ايجاباً سواء عن طريق التطوع من شخص مقرب، أو من خلال أمر علاجى فإن القضية أيضاً رهن بمستوى ذاك التدعيم، وحجمه ، وسعته، وطاقته وطبيعته ونوعيته ومدى جودته، وتوقيته، ومدى ادراكه له، ومدى انفعاله به وبالتالى التأثر والتفاعل والاستجابة له. وهذا ماسوف يتم ايضاحه أكثر فى تصورنا عن ميكانيزم التدعيم الغيرى والذى يوضحه الشكل رقم (٢١).

ميكانيزم التدعيم الغيري *Other's Support Mechanism*

ويوضح الشكل التالي المقترح العمليات المكونة لميكانيزم التدعيم الغيري أو من الآخرين:



شكل رقم (٦٢) يوضح تصور مقترح عن ميكانيزم التدعيم الغيري

ويتضح من الشكل أن العملية الأولى تتعلق بوجود التدعيم، ومنحه من الآخرين للشخص المراد تدعيمه نظراً لاحتياجه إليه، ثم تأتي العملية الثانية والخاصة باستقباله وإدراكه على المستوى الذهني والعقلي، وفحصه، وفرزه، وتحديد مقداره ومدى مناسبته للاحتياج الشخصي له، ثم تأتي العملية الثالثة والخاصة بالشعور به على المستوى الوجداني والإحساسي والمشاعري وتقويمه وجدانياً، ثم تأتي المرحلة الرابعة والخاصة بالتفاعل معه، والنقاشات الداخلية مع امتزاج التفاعل الذهني والوجداني معاً وصراع التغير، وصراع الاستجابة الإيجابية له مع عقبة وجود الاستجابات المريضة داخلياً، والمقاومة، وكل ذلك يتعلق بعوامل منها نوع التدعيم، ومغزى مانحه، وحجم التدعيم، وتوقيته، وتفسيره.. وكل ذلك أيضاً يؤثر على العملية الخامسة الخاصة بالتغير له وبيان الأثر السلوكي الذي تركه ذاك التدعيم.

سادساً : بعض دراسات فعالياته *Supportive Therapy Significance Studies*

أثبتت عديد من الدراسات مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي التدعيمي لدى عديد من الفئات الإكلينيكية نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

١- دراسة بينزتوك، وفيدكا، (١٩٨٩) التي أثبتت فعاليته لدى جماعة علاجية بلغ قوامها خمس نساء مطلقات تراوح عمرهن ما بين (٣٠-٤٢) سنة، فضلاً عن تحسن حالاتهن خلال برنامج علاجي استمر لمدة تسعة شهور (Bienstock & Videka, 1989).

٢- دراسة تايلور وجاكسون، (١٩٩٠) والتي أوضحت فعاليته ومدى تأثيره في استمرار أو توقف تعاطي الملونين للكحوليات وخصوصاً النساء. (Taylor & Jackson, 1990).

٣- دراسة باربر، وجريشتنج، (١٩٩٠) والتي أسفرت عن أنه بالتدعيم يمكن التدريب على السلوكيات المضادة لتعاطي العقاقير Antidrug Behaviors (Barber & Grichting, 1990).

(٣٥٪) من جملة تلك العينة قد لجاوا لطلب العلاج بناء على الاقتراحات والتدعيم الإيجابي من رفاق وأصدقاء مخلصين لهم. (Room, *et. al.*, 1996).

كما أشاد كيلر مع آخرين (١٩٩٧) بالدور التأثيري الذي تلعبه تلك الجماعات في مساعدة المرضى بصفة عامة. (Keller, *et. al.*, 1997).

٥- تدعيم رفاق المدرسة أو الفصل *Classmates Support*

وفي المجال المدرسي يستخدم اصطلاح رفيق المدرسة، أو رفيق الفصل الدراسي، ولقد ثبت أهميته ومغزاه خاصة في مشكلات مثل تدخين السجائر، أو تعاطي الماريجوانا **Marijuana** (**Lifrak, *et. al.*, 1997**).

٦- **تدعيم الرفيق عبر الهاتف** *Peer Telephone Support*

ويقصد به تلقي تدعيم الصديق عبر أسلاك المسرة في حالة تعذر تواجده فيزيقياً في الموقف. (Schwartz & Sendor, 1999).

٧- **جماعات التدعيم التربوي:** ***Educational Supported Groups***

كذلك يمكن توظيف التدعيم التربوي في المجال المدرسي للتعامل مع حالات اضطراب الصحة النفسية المدرسية مثل تدخين السجائر، وتعاطي الخمور والمخدرات، شريطة أن يجري هذا التدعيم بشكل تربوي في مقررات اللغة، والرسم، والفن، والعلوم، والأدب وهكذا. (Bruch, *et. al.* 1991),(Krusi & Schellens, 1995).

٨- **تدعيم المعلم** ***Teacher Support***

والمعلم لا يقل فعالية وتأثيراً عن المعالج، فالمعلم قد يشترك في العملية العلاجية عند استخدام المدرسة كوسيط علاجي، وهذا ما أسفرت عنه دراسة ليفراك مع آخرين (١٩٩٧) حيث تبين تأثير إدراك تدعيم المعلم في المدرسة خاصة لدى الذكور، وكان ذلك على عينة قوامها (٢٧١) بواقع (١٤٠) ذكر، و(١٣١) أنثى (Lifrak, *et. al.*, 1997).

٩- **الجماعة التدعيمية لسوء التعاطي العقاقيري الكيميائي:**
Chemical Abuse Support Group

والتي تتعلق بتقديم التدعيم المناسب والكافي للتلاميذ والطلاب من ذوي الاستهداف لتعاطي الخمور والمخدرات والعقاقير، أو الذين يدمنون عليها بالفعل. وبذلك فهي تتكامل مع برنامج الدراسة في المدارس والمؤسسات التعليمية، وهي تحتوي على عدة مفاهيم منها:

١- التركيز على عضوية جماعة **Group Membership**

٢- الجماعة التدعيمية بوصفها خبرة تعليمية مركزية متعلمة *Support Group as a learned – centered educational experience*

٣- توضيح الغرض من الجماعة التدعيمية. *Purposes of the support group.*

٤- الجماعة التدعيمية والوظيفة الخاصة بالمدارس. *Support group & the function of schools*

٥- الجماعة التدعيمية بوصفها عملية تعليمية. *Support group as an educational process*

٦- المراحل النمائية والاعتماد الكيميائي. *Developmental stages & chemical dependency.*

٧- توضيح دور الميسر *The facilitator's role.*

٨- شروط إحالة الطلاب إلى الجماعة. *Referring students to the Group*

٩- تسمية الجماعة *Naming the group*

١٠- قيادة الجماعة *Group leadership*

١١- التخطيط للجماعة *Planning for the group*

١٢- جدولة نشاطات الجماعة ومهامها *Scheduling the group*

١٣- ضمان السرية *Confidentiality*

١٤- مراعاة قواعد الجماعة *Group rules*

١٥- الإشراف *Supervision*

١٦- التقويم *Evaluation*

١٧- الطلاب بوصفهم المصادر والمراجع للجماعة. *Students as resources*

١٨- تدريب المصادر والاستعانة بالمصادر التدريبية.. *Training resources.*

١٩- تحديد الأهداف الأساسية والفرعية للجماعة لكل أنواع التعاطي. *Goals & objectives for alcohol & other drug support groups.* *(Spang & Redding, 1988).*

٢٠- موضوعات أخرى تدور في الفلك ذاته.

١٠- جماعات التدعيم الأسري *Family Support Groups*

وتهدف إلى تقديم العلاج التدعيمي للأسرة كلها مريضة كانت أم سوية وبها مريض. وقد يشترك فيها عدد من الأسر معاً، ويقرر ستوفلز (١٩٨٦) أهميتها القصوى في السعي

نحو التكامل الشفائي (Stoffels, 1986) ، وكذلك كيلر مع آخرين (١٩٩٧) (Keller, *et. al.,* 1997) ، ويقرر كل من دياموند، وسيكولاند (٢٠٠١) أن مثل هذه العلاجات الجماعية لا تقل فاعلية عن الطرز العلاجية الأخرى. (Diamond & Siqueland, 2001).

ولقد أثبتت عديد من الدراسات الأخرى فاعلية استخدام التدعيم النفسي والاجتماعي للأسر مع الأبناء خاصة الأسر ذات الاعتماد العقاقيري والكحولي، وهذا ما توصل إليه أفيري (١٩٨٩) (Avery, 1989) ، وتوصل تشانج وكرانتز (١٩٩٦) إلى أن الأبناء الذين يحصلون على تدعيم اجتماعي مناسب يكونون أكثر شعوراً بالتوافق رغم أنهم من أسر كحولية. (Chang & Krantz, 1996).

وتتشابه أو يتفرع عن تلك الجماعات ما يسمى بجماعات التدعيم الوالدي Parental Support Groups ولها الأهداف نفسها وهي تتركز على تحسين العلاقة بين الأبناء والوالدين وزيادة جرعة التدعيم، وحسن توظيفه. (Mayers & Speigel. 1992).

١١- الجماعات التدعيمية للشابات: *Young Women Support Groups*

وهي خاصة بالسيدات صغيرات السن، والفتيات اللائي أصبن أو على وشك الإصابة بمشكلات واضطرابات مثل:

أ- الأمراض الجنسية وعدوى الإيدز.

ب- الحمل غير المرغوب، والحمل سفاحاً.

ج- تعاطي الخمور والمخدرات.

د- اضطرابات الشهية والطعام.

هـ- الاكتئاب .. إلخ.

ويكون هدف تلك الجماعات وقائي في الأغلب الأعم، وتتكون الجماعة من (٥-٦) فتيات بمتوسط عمري (١٥) عاماً.

ويمكن أن تجري تلك الجماعات مرة أو مرتين في الأسبوع، وتوفر لهن تلك الجماعات القدر الذي هن في حاجة إليه من التدعيم، ومواجهة المشكلات (Azzarto, 1997). كما يندرج تحت الفئات المناسبة لتلك الجماعات ما يسمى بالأمهات المراهقات Adolescent mothers واللاتي يعانين من الاكتئاب والانعصاب ويكن في حاجة ماسة إلى التدعيم. (Barnet, *et. al.,* 1995).

١٢- **جماعات التدعيم لشباب تحت العشرين:** *Supportive Groups for Teenagers.*

وتعقد للجنسين، وخاصة من معتمدي الكحول.. وذلك للتعامل مع المشكلات سابقة التنويه واحتوائها. (APA, 1989, P. 1120).

١٣- **العلاج التدعيمي الدينامي** *Dynamic Supportive Therapy*

وفيه يتم مزج مبادئ العلاجين معاً: الدينامي، والتدعيمي ويسعى المعالجون فيه إلى تعليم، وتعليم التدعيم للمرضى، والزملاء على حد سواء.. (Misch, 2000).

١٤- **جماعات التدعيم ذات التوجه التحليلي:**

Psychoanalytically Oriented Supportive Groups

وهي فرع من استخدام فنيات التدعيم مع بعض فنيات التحليل النفسي، وتشبه التدعيم الدينامي في محاولة سبر غور ديناميات المرضى وتدعيمهم، وهناك أيضاً ما يشترك معها في المسمى نفسه والهدف ذاته مثل جماعات الاستشكاف التدعيمي Supportive Exploratory Groups. (Rockland, 1989)

١٥- **الجماعات التدعيمية التعبيرية** *Supportive Expressive Groups*

وهي جماعات علاجية تقوم على أساس التعبير الانفعالي، والتدعيم النفسي والاجتماعي، كما تخضع تلك الجماعات للمبادئ الوجودية Existentialism (Klerman & Weissman, 1993, P. 64). (Fobair, 1997).

وتتعامل مثل هذه الجماعات مع ظاهرة الطرح خصوصاً في جانبها التعبيري. (Hellerstein, *et. al.*, 1994).

١٦- **العلاج التدعيمي الأمبيريقي:** *Empirical Supported Therapy*

ويعرف بأنه ذاك العلاج الذي يعود تأثيره وعائده إلى إحداث تغيرات حقيقية وفعلية وصادقة مع اعتبار العوامل العلاجية المؤثرة، وبذلك يختلف تأثيره عن التأثير الوهمي لعلاج مثل العقار الزائف (البلاسيبو)، أو مجرد التشافي بمرور الوقت Passage of time cure (Borkovec & Castonguay, 1998). ويعني ذلك أنه يقاس بمدى فعاليته Efficacy. (Chambless & Hollon, 1998).

١٧- **العلاج التدعيمي الإسعافي** *Ambulatory Supported Therapy*

وعادة ما يكون فردي الشكل، ويقدم في حالات الطوارئ، والحالات الحرجة، والعاجلة، أو أن يكون ضمن المعالجات الإسعافية في المؤسسات العلاجية (Burtscheidt, *et. al.*, 1999).

١٨ـالعلاج التدعيمي الذاتي *Self – Supported Therapy*

وفي العلاج التدعيمي الذاتي يتعلم المريض مهارات تدعيم ذاته بذاته، ومنها تدريبات عبارات التعزيزي الذاتي Self- Reinforcing Statements Trainings .(Plom, 1994), (Hungate, 1986)

١٩ـ جماعات تدعيم الأنا *Ego Supported Groups*

وهي جماعات علاجية تهدف – ضمن ما تهدف أو كما يبدو من أسمها إلى تدعيم الأنا، وتقوية الذات، ومساندتها، وتعقد لفئات إكلينيكية متعددة مثل: الأمهات التي حملن سفاحاً Mothers of Incest Victims.

ومن الدراسات التي تناولتها وأكدت أهميتها ما يلي:

- دراسة كراوس (١٩٨٧) (Kraus, 1987)
- دراسة كارجانير (١٩٨٩) (Karjanis, 1989)
- دراسة ديلبو، وكونتز (١٩٩١) (Delpo & Koontz, 1991)

٢٠ـ الجماعات واللقاءات التدعيمية لأعضاء الفريق المعالج
Supportive Groups & Staff Meetings.

وليس بمستغرب أن يحتاج أعضاء الفريق المعالج أنفسهم قدراً من التدعيم الوجداني، والمهني، والاجتماعي من حين لآخر لأنهم وقبل كل شيء بشر، وقد يعاونون أكثر من أية شخص آخر ولا يطلبون المساعدة. .(Talmadge, 1990)

ولقد أيد ذلك كابوني مع آخرين (١٩٩٢) وأضاف إلى أهمية احتياج المرشدين الذين يتعاملون مع فئات خاصة من المرضى مثل معتمدي العقاقير المصابين بالإيدز مثلاً إلى التدعيم النفسي والاجتماعي. .(Capone, *et. al.*, 1992)

٢١ـ جماعات المعالج التدعيمية *Therapist Supported Groups*

وهي للمعالجين من أجل تدريبهم على كيفية منح التدعيم، لأنه من المعروف أن أية معالج يمكنه أن يستخدم التدعيم، ولكن ليس أية معالج يمكنه أن يضيف من تدعيمه الخاص إلى نمط العلاج، فيصبح العلاج تدعيمياً، والمعالج مدعماً بالفعل. (Baum, *et. al.*, .1991)

٢٢ـ جماعات التدعيم المواجه *Confrontational Supportive Groups*

وهي جماعات علاجية تقوم على أساس مزج التدعيم بالمواجهة معاً، وتفيد في زيادة استبصار الجماعة بمشكلاتها. .(Siegel, 1987)

٢٣ـ الجماعات العلاجية التدعيمية للأزمات: *Crisis Supportive Groups*

وهي جماعات تهدف إلى التخلص من الآثار النفسية والاجتماعية التي تحدثها الأزمات. (Carling, 1993, P. 137-150).

٢٤ـ الجماعات العلاجية التدعيمية المختصرة وشبه البنائية للحرمان

Brief Semi Structured Bereavement Groups

وتعقد خصيصاً لحالات الحرمان، والفقد، والإحباط، والأسى.. مثل من فقد عزيزاً أو من حرم من الإنجاب.. إلخ. (Goodkin, *et. al.*, 1997).

٢٥ـ البرنامج التدعيمي ذو المنحى المجتمعي: ***Community – Based Support Program***

وهو برنامج تدعيمي يربط بين المدرسة والمجتمع لمساعدة الطلاب من ذوي الاعتماد العقاقيري، وهو ذو صبغة تدخلية ووقائية في آن واحد، وذو فعالية أشادت بها المؤسسات التعليمية في خمس مناطق في الولايات المتحدة الأمريكية هي: ألاسكا Alaska، وأوريجون Oregon وإيداهو Idaho، ومونتانا Montana، وواشنطن Washington، ويتميز هذا البرنامج بتقديم معرفة متميزة خاصة Specialized Knowledge ، ومساعدة تقنية جيدة Technical Assistance، ومصادر للإعانة المالية ذات طابع أميري حكومي Fiscal Resources، ويهدف إلى تحقيق التواصل Communication بين المدرسة وجهات التدعيم الحكومية، ويوفر المتعلقات المدرسية التي تستخدم في الفصل الدراسي للطلاب، فضلاً عن نجاحه في تحسين التعاون والفهم، والانتماء للمجتمع المحيط، كما أنه نجح في تحسين العلاقات Collaboration بين التلميذ ووالديه Student – Parent Relationships. (Stoops, 1994).

٢٦ـ جماعات دور التدعيم *Supported Housing Groups*

وهي جماعات قد تأخذ شكل الطابع المجتمعي مثل دار مبومبو Mbombo House في زائير Zaire حيث يتم تشكيل جماعات علاجية تدعيمية للتعامل مع فئات إكلينيكية مختلفة (Goblet, 1993)

٢٧ـ العلاج النفسي التدعيمي الخاص بعيادة ما بعد ظهيرة الخميس في ولاية ستانفورد

Stanford's Thursday Afternoon Clinic

ويجرى بشكل فردي، وجماعي، ويعقد للمرضى، ولكل من يحتاج التدعيم من الساعة الثانية عشر والنصف إلى الثانية من بعد ظهر كل يوم خميس أي لمدة ساعة ونصف

في عيادة ولاية ستانفورد، والتي أسست عام ١٩٦٣ من قبل ماكلود Macleod، وميدلمان Middleman (Sassano & Stone, 1975. P. 327-341).

٢٨- العلاج التدعيمي الإعلامي *Media Supportive Therapy*

وهو طراز علاجي تدعيمي يستعين بالوسائط الإعلامية لإحراز الأهداف العلاجية (Barber & Grichting, 1990).

ثامناً: مزج العلاج التدعيمي مع علاجات أخرى

يمكن استخدام العلاج التدعيمي بمفرده، كما يمكن استخدامه ممتزجاً مع علاجات أخرى مثل:

١- مزجه مع العلاج المهني Occupational Therapy (Stapforth, 1986)

٢- مزجه مع العلاج التذكري Reminiscence Therapy في التعامل مع حالات عته الشيخوخة Demented Elderly.

(Goldwasser, *et. al.*, 1987).

٣- مزجه مع العلاجات الملطفة أو المسكنة Palliative Therapy

٤- مزجه مع العلاج الاجتماعي Social Therapy

٥- مزجه مع العلاج الموقفي Situational Therapy

٦- مزجه مع العلاج البيئي المحيطي Milieu Therapy

(Wolberg, 1988, P. 106).

٧- مزجه مع العلاج بالقراءة Bibliotherapy في علاج حالات الاكتئاب.

(Wollersheim & Wilson, 1991).

٨- مزجه مع السيكودراما Psychodrama

٩- مزجه مع التدريبات الرياضية النفسية Psychogymnastic Groups (Lehys, 1991)

١٠- مزجه مع العلاج الحركي Kinetotherapy

١١- مزجه مع العلاج بالموسيقى Music Therapy

(Martin, *et. al.*, 1991).

١٢- مزجه مع جماعات المساعدة الذاتية Self Help Groups Therapy (Room & Greenfield, 1993). (Front, 1994)

١٣-مزجه مع العلاج الفني Art Therapy في علاج حالات السحاق (Brody, 1996).

١٤-مزجه مع العلاج الفارماكولوجي Pharmacotherapy ، والعلاجات الطبية مثل: العلاج بالأوكسجين Oxygen Therapy لدى مرضى اضطرابات الصدر والتنفس (Petty, 1998).

١٥-مزجه مع العلاج بالتأمل الارتقائي Transcendental Meditation (Coward, 1998).

١٦-مزجه مع المجتمعات العلاجية Therapeutic Communities. (Devereax, 1990).

١٧-مزجه مع علاجات أخرى.

تاسعاً : تكتيكات العلاج التدعيمي : *Tactics of Supportive Therapy*

للعلاج التدعيمي عديد من التكتيكات الفنية، نذكر بعضها على النحو التالي:

١- التوجيه	*Guidance*
٢- ضبط التوتر	*Tension Control*
٣- التحايل البيئي	*Environmental Manipulation*
٤- إخراج الاهتمامات	*Externalization of Interest*
٥- التأمين والتوكيد	*Reassurance*
٦- الإيحاء بالمكانة	*Prestige Suggestion*
٧- الإكراه	*Coercion*
٨- الإقناع	*Persuasion*
٩- الاعتراف	*Confession*
١٠-الفضفضة	*Ventilation*
١١-التشجيع	*Encouragement*
١٢-الإحياء	*Inspiration*
١٣-الحماية	*Protection*

(Wolberg, 1988, P. 105-141)

١٤- قصى القصة (للأطفال)	*Storytelling*

(Krietemeyer & Heiney, 1992).

١٥- تكتيكات، وفنيات أخرى

عاشراً: برنامج علاجي تدعيمي مقترح

فورمات البرنامج:

١- حجم المراحل العلاجية: ٥ مراحل.

٢- عدد الجلسات: ١٤ جلسة.

٣- مدة كل جلسة: ٦٠ دقيقة.

٤- قيادة الجلسة: المعالج النفسي.

٥- طبيعة المرضى: داخليين - خارجيين (أية فئة إكلينيكية مما سلف ذكره).

٦- حجم الجماعة العلاجية: ٦-٨ أفراد.

٧- تواتر الجلسات: ثلاث جلسات أسبوعياً.

٨- مدة المقرر العلاجي: خمسة أسابيع (تقريباً).

ونوجز الحديث عن ذلك فيما يلي:

المرحلة الأولى: الإعـــداد القبلي *Pre- grouping Preparation*

وتهدف إلى أعداد الجماعة وتهيئتها لتلقي المقرر العلاجي، وزيادة توجهها واستعدادها للاستفادة من الجلسات العلاجية، ويمكن الاستعانة بالمقابلات الفردية لكل فرد في الجماعة على حدة، ثم استخدام الألفة الجماعية لزيادة المعرفة، والثقة والأمان وتقليل حدة القلق.. وقد يستغرق هذا جلسة واحدة.

المرحلة الثانية: التقويم القبلي وتحديد المشكلة

Pre – evaluation & Problem Identification

وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد المشكلة أو المشكلات الخاصة بأفراد الجماعة وتحديد طبيعتها، وشدتها، وكثافتها، ومدى سفورها، وذلك باستخدام المقاييس المناسبة لذلك، ويكون هذا القياس بمثابة التقويم القبلي للأعراض المتعلقة بالمشكلات التي تم تحديدها بداية. وتستغرق هذه المرحلة جلستين.

كذلك يتعين على المعالج اتخاذ تدابيره اللازمة حيال أعراض المشكلات والاضطرابات التي أمامه، وبناء على نتائج التقويم الذي قام به. وتلك التدابير تتلخص في الآتي:

١- تقدير حاجة أفراد الجماعة لمستوى التدعيم المناسب.

٢- تقدير حاجة أفراد الجماعة لنوع التدعيم الملائم.

٣- رسم خطة علاجية تحقق الأهداف المصاغة.

٤- تقدير الوقت المناسب لتقديم التدعيم.

٥- تجنب التدعيم المؤقت أو غير الناضج **Pre – Mature Support**.

٦- اختيار النموذج العلاجي المناسب للجماعة.

٧- شحذ دافعية الجماعة لمساعدة بعضهم البعض.

٨- تحديد جرعة التدعيم المناسبة والتي تفي بالغرض.

٩- تحديد طبيعة المقرر العلاجي ومدى تكراره (يومياً- أسبوعياً- شهرياً).

١٠- تجهيز كل الأدوات التي تعين المعالج في تقديم التدعيم.

وفيما يتعلق بأنماط التدعيم التي يمكن تقديمها فهي:

١- التدعيم الانفعالي (الوجداني) *Affective & Emotional Support*

٢- التدعيم المعرفي *Cognitive Support*

٣- التدعيم الاجتماعي *Social Support*

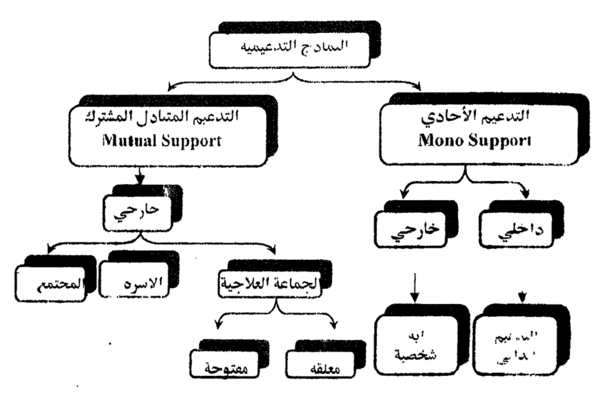
٤- التدعيم الفيزيقي *Physical Support*

٥- التدعيم الديني *Religious Support*

٦- التدعيم المجتمعي *Community Support*

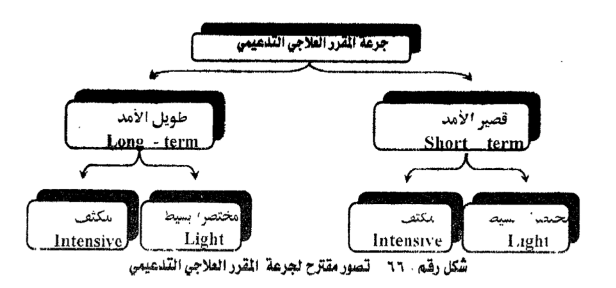
٧- التدعيم الذاتي *Self - Support*

وعند اختيار المعالج للنموذج العلاجي التدعيمي فعليه أن يفاصل بين النماذج الآتية وفقاً لحاجة الجماعة



شكل رقم (٦٥) تصور مقترح للنماذج التدعيمية

وفيما يتعلق بالجرعة العلاجية Clinical Dose فعلى المعالج ان يقوم بتحديدها نصا قبل ان يشرع في عزو المشكلة. والشكل التالي يوضح بيان الجرعة العلاجية التدعيميه



شكل رقم ٦٦ تصور مقترح لجرعة المقرر العلاجي التدعيمي

المرحلة الثالثة: الغزو والتدخل العلاجي ***Therapeutic Intervention***

وتهدف هذه المرحلة إلى الغزو والتدخل العلاجي لحل المشكلات التي تم تحديدها ، وإعطاء أفراد الجماعة المقرر التدعيمي الذي تم تحديده أيضاً في المرحلة السابقة.

ولهذه المرحلة تسعة مستويات يمكن بلوغها في ست إلى تسع جلسات وفقاً لمدى نضج الجماعة، واستعدادها، وتعاونها، ونجاحها في تلقي المقرر واستيعابه، وإحراز التقدم المرجو. وتلك المستويات التسعة هي:

١- **المستوى الأول:** تهيئة الجماعة للتدخل العلاجي.
٢- **المستوى الثاني:** التدعيمي الفيزيقي.
٣- **المستوى الثالث:** التعبير الانفعالي.
٤- **المستوى الرابع:** التدعيم الوجداني.
٥- **المستوى الخامس:** التدعيم المعرفي.
٦- **المستوى السادس:** التدعيم الاجتماعي.
٧- **المستوى السابع:** التدعيم الأسري.
٨- **المستوى الثامن:** نسق التدعيم المجتمعي.
٩- **المستوى التاسع:** التدعيم الذاتي.

المستوى الأول: الإعداد للتدخل ***Pre- Intervention Preparation***

الاستراتيجيات ***Strategies***

يحتوي المستوى الأول على (١٣) استراتيجية هي:

١- إعطاء المريض أو الجماعة مشروب **Soft drink**.
٢- احجب الجماعة عن أية مثير خارجي.
٣- تجنب مهاجمة المريض أو الجماعة على الإطلاق.
٤- احذر المقاطعات الخارجية **Outside Interruptions**.
٥- تجنب الاستفزازات المباشرة، وكذلك احذر إعطاء النصائح الآن.
٦- كن لطيفاً، عطوفاً، ودوداً، مرناً، واقترب من الجماعة كلما استطعت ذلك، وحاول أن تخلق جواً من الهدوء والسكينة والأمان، وشجع أفراد الجماعة أن يساعدوك في ذلك.
٧- لا تكن حكماً الآن أي تجنب إصدار أية أحكام الآن، ولا تلعب دور القاضي الآن **Be Non- Judgmental Now**.

٨- لا تسأل أية أسئلة متعددة المعنى أو جارحة، ولا تتورط في اجابات أو حلول سريعة لمشكلات الجماعة، ولا تعد بما لا تستطيع أن تفي به.. لأن هذا شرك يقع فيه المعالج حديث الخبرة بالمهنة.

٩- امنح جماعتك احترامك، وتقديرك، واعتبارك، وتعامل معها من منطلق إنساني متسامح سمح، وحاول إشاعة هذا الجو بين أفرادها.

١٠- اظهر ميلاً واضحاً لمرضاك، وإخلاصاً صادقاً لهم فهم في محنة وأزمة وهم في الوقت ذاته أذكياء بالقدر الكافي لاكتشاف مدى مشاركتك لهم في محنتهم ، وقدم لهم الاعتبار الكافي والمناسب **Proper Consideration**.

١١- إن كان في استطاعتك منح كل مريض قطعة حلوى صغيرة، أو هدية رمزية، أو زهرة في الصباح خاصة لإناث جماعتك العلاجية، وإن أتيحت لك الفرصة لتناول وجبة مع أفراد الجماعة فلا تتردد.

١٢- قدم الترحيب الكافي لأفراد جماعتك، وأسع صدرك لهم رحابة وبشاشة. ولا تثريب من التنوه ببعض عبارات المدح والثناء والمجاملة الرقيقة المناسبة.. فهي أحيانا تشفي دون دواء أو ترياق.. ولتكن مجاملتك مناسبة دون إفراط أو تفريط.

١٣- قم بتقويم أفراد جماعتك في نهاية هذا المستوى، وعادة سوف يكون التقويم على أساس إكلينيكي أو سيكومتري كما يحلو لك وفقاً لخطتك العلاجية ويستحسن أن يكون اكلينيكياً فقط بالملاحظة لأن أفراد الجماعة ليس فى حالة تسمح لهم بالاجابة عن اسئلة أو مفردات مقياس نفسى أياً كان.

وعلى ذلك يتضح أن هذا المستوى مهم جداً واجتيازه بنجاح يعني اجتياز المستويات الأخرى بنجاح نسبياً، وعلى المعالج أن يكون حذراً طوال الوقت، فالمرضى الذين في حاجة إلى تدعيم عادة ما يكونون في حالة هشة قابلة للكسر والتهشم أو على النقيض فى حالةهياج.

المستوى الثاني: التدعيم الفيزيقى *Physical Support*

ويعني هذا المستوى بالتدعيم الفيزيقي، ويحتوي على ست استراتيجيات هى:

١- التربيت على الكتف *(To pat on the shoulder)*

٢- المصافحة *(To shake hands)*

٣- المعانقة *(To cuddle)*

٤- إيماءة الرأس *(To nod)*
٥- اتصال العين *(To keep your eye contact)*
٦- تدريب الاسترخاء *(To practice relaxation)*

إلى غير ذلك من استراتيجيات التدخل المتعلق بالتدعيم الفيزيقي التي يراها المعالج مناسبة ومطلوبة لأفراد جماعته.. وفي بعض الأحيان قد لا يجد المعالج حاجة إلى هذا المستوى على الإطلاق فيمكنه أن ينتقل إلى مستوى آخر وفق خطته العلاجية.

المستوى الثالث : التعبير الانفعالي عن المشاعر *Feelings Expression*

ويهدف هذا المستوى إلى مساعدة الجماعة على التعبير عن المشاعر، والفضفضة، والبوح الذاتي والجماعي. **ويحتوي هذا المستوى على (١٧) استراتيجية.. هي:**

١- ادفع المرضى للحديث عن شكواهم بلطف وبرفق وتدريجياً، وزد دافعيتهم على ذلك.
٢- وفر جواً آمناً Peaceful، هادئاً Calm، وهدأ من روع المرضى Come them down
٣- وفر الثقة Trust, confidence & Faith، والتصديق الفعلي للمرضى Real Believing لأن المرضى في بداية الأمر ينتابهم الشك في أنفسهم وفيمن حولهم.
٤- وفر الحماية اللازمة للمرضى Protection، والأمن الكاف والمناسب Safety & security، واحفظ سرية المرضى Confidentiality لأن مستوى الخوف والقلق لديهم يكون مرتفعاً.
٥- قدم التشجيع الملائم Encouragement في كل وقت.
٦- كن صبوراً Be patient مع المرضى قدر استطاعتك وفوق استطاعتك إن أمكن، وتحلي بالتحمل Tolerance لأن الجماعة في هذه الحال ستكون كأنها بوتقة تنصهر لهباً.
٧- زد التفاعل بين أفراد الجماعة، وزد من قوة المناقشات تدريجياً.
٨- تحدث عند الضرورة، وبهدوء، وببطء وبعبارات واضحة.. فالمريض ليس في حاجة إلى غموض أكثر مما هو عليه.
٩- استخدم مصطلحات المرضى، وعباراتهم حتى يصبح الحديث مشتركاً، ولا تتورط في مصطلحات فنية أو علمية متخصصة، أو غامضة، وخاطب مرضاك على قدر عقولهم، وعلى مستوى إدراكاتهم.

١٠- تحلى بحسن الإنصات، والإصغاء، والاستماع Active Listening فالمريض أحياناً لا يريد منك أكثر من أذنيك، ولاحظ أن المريض سوف يختبرك من حين لآخر ليتأكد من أنك تسمعه جيداً أم لا ، وابدأ من حيث انتهى المريض في الحديث، وكرر بعض عباراته لتعلمه أنك معه قلباً وقالباً، وحاول أن تفهمه جيداً فهذه فرصة طيبة لك، لأن الأعراض الباثولوجية في أغلبها تظهر في الحديث والتفاعل بين أفراد الجماعة العلاجية.

١١- اعط كل مريض فرصة عادلة للحديث عن شكواه وآلامه.

١٢- لا تكن جامداً، صلباً، متصلباً Rigid، واحذر أن تكون دفاعياً عن ذاتك Defensive أمام مرضاك أن هاجمك أحدهم.

١٣- انتهز الفرصة لتقوية الرابطة بينك وبين مرضاك Rapport، وقدم الاهتمام الحقيقي بمشكلاتهم Real Concern، والانتباه الجيد اليقظ Good alert & attention، وكن متعاطفاً معهم Empathy.

١٤- قدم التأمين والتأكيد الحقيقي Realistic Reassurance لمرضاك لأنهم في حاجة إلى توكيد كيانهم المهدد الآن.

١٥- تلمس العذر لمرضاك قدر استطاعتك، ولا تقدم على لوم أياً منهم مهما أساء لك أو للآخرين داخل الجلسة Beg their pardon & don't blame

١٦- يمكنك الآن أن تعد مرضاك بحذر بأنك سوف تقدم أية عون تطيقه شريطة أن يقوم مرضاك أيضاً بمساعدة أنفسهم في هذا الأمر.

١٧- قم بتقويم مرضاك في نهاية هذا المستوى لتقدير مستوى التقدم الذي أحرزته الجماعة.

المستوى الرابع: التدعيم الوجداني *Affective Support*

ويهدف هذا المستوى من التدخل إلى تقديم التدعيم الانفعالي، والوجداني للجماعة، **ويحتوي على (١٩) استراتيجية هي:**

١- أزح أية شعور بالتهديد Removal Threat، وقلل الشعور بالتوتر Decrease Tension، أو الخزي، أو العار أو ما شابه ذلك.

٢- دع مرضاك يعبرون عن غضبهم الظاهر، والكامن، وعن مخاوفهم، وشكوكهم، وآهاتهم، وآلامهم، ومشاعر وحدتهم.

٣- ساعد مرضاك على أن يتعرفوا على حقيقة مشاعرهم، وأن يلمسوا تلك المشاعر والأحاسيس بأنفسهم To be in touch with their feelings.

٤- استعن بأسلوب العلاج المعروف باسم قلم السم أو القلم المسموم لواتكنز (١٩٤٩) Watkins Poison – pen Therapy Technique للحصول على قدر أكبر من التنفيس Ventillation (حامد زهران، ١٩٧٨، ص ٣٨٠).

٥- **إذا بكى مريضك.. دعه يبكي، ولا توقفه، أو تصده، أو تنهره، وإن لم يبك ورأيت أن من صالحه أن يبكي فساعده على البكاء.. فأحياناً يريد المريض أن يبكي ولكن يمنعه حياؤه أو مكابرته.. وفي كثير من الأحيان يكون البكاء وسيلة للتفريغ وفض الشحنة الانفعالية الداخلية، وحاول أن تحتفظ بجو من التقدير في مثل هذه الواقف تجنباً لحدوث سخرية أو تهكم أو استهزاء أو ضحك على مريض يبكي.. وحاول أن تحتفظ بمناديل ورقية أو مناشف ورقية لكي تعطيها للمريض حين يبكي. أو لتجفف بها عرقه فهذا يعطيه انطباعاً لمدى اهتمامك به.**

٦- **ساعد مرضاك على إخراج جميع المشاعر السلبية والسيئة والمشوهة والمؤلمة فهي بمثابة كرات الدم البيضاء الميتة التي تعلو الجرح الملوث فلابد من إزالتها حتى يمكن التعامل مع الجرح بعد تنظيفه Venting negative feelings.**

٧- **تعامل مع ظاهرة التحويل الموقفي Handle Institutional Transference بهدوء ولطف ووعي وحذر وحياء.**

٨- **حاول أن ترى المشكلة من وجهة نظر مرضاك على الأقل في البداية.**

٩- **لا تتورط في الدخول مع المرضى في صراعاتهم الداخلية المعقدة والمتشابكة فهذا المقرر العلاجي ليس تحليلي، أما إن كان في الإمكان التعرف إلى بعض الصراعات الداخلية البسيطة والتي في مقدورك ومقدور الجماعة التعامل معها لإزالتها فلا حرج في ذلك.**

١٠- **اشترك في المناقشات التي تدور بهدوء وفاعلية ودون أن تقحم نفسك، أو تفرض وجهة نظرك.. حتى لا يتأزم الموقف.**

١١- دعم دفاعات المرضى الإيجابية الصحية Positive & Healthy Defenses.

١٢- قدم التعزيز الوجداني من خلال التأكيد الإيجابي Positive Confirmation.

١٣- ارتقى بالروح المعنوية للمرضى Promote Moral.

١٤- ارتقي بتقدير الذات للمرضى Promote self- esteem وذلك بزيادة الثقة، وإشاعتها في ذوات المرضى، وإقناعهم بأن في إمكانهم تخطي تلك الأزمة بنجاح.

١٥- ساعد مرضاك على تقوية شعورهم بوجودهم Enhance Existence.

١٦- اعمل على تقوية الأنا Strength the Ego لكل فرد في الجماعة مؤكداً لمرضاك أن النار التي تذيب المسلي فهي أيضاً تجمد البيض، وأن المحن تصنع الإنسان.

١٧- قدم المشاركة الوجدانية من جانبك، ومن جانب الجماعة لكل فرد منها، وزد جو الجماعة راحة وارتياحاً Relief.

١٨- ارتقي بمستوى الجهد العلاجي التفاؤلي Promote optimal therapeutic emotional potential

١٩- قم بتقويم مرضاك بعد نهاية هذا المستوى، وقدر احتياجاتهم التي قد تستجد على ساحة الخطة العلاجية الأولية التي قد وضعتها في البداية.

المستوى الخامس: التدعيم المعرفي *Cognitive Support*

ويهدف هذا المستوى إلى تقديم التدعيم المعرفي، **ويحتوي على (١٣) استراتيجية هي كما يلي:**

١- وفر التفهم الإيجابي لمرضاك Positive Understanding، والتقبل العقلي Mental Acceptance.

٢- اظهر القيمة الإيجابية في أزمة مرضاك مراعياً الخصائص المعرفية والثقافية والتربوية والحضارية لمرضاك.

٣- قم بتقديم المعلومات، والشروح، والتفاسير اللازمة من خلال الإطار التدعيمي حتى يتفهم مرضاك طبيعة الأزمة بشكل بسيط وتدريجي.

٤- وفر لمرضاك التوجه الإيجابي للمعرفة التي تم تحصيلها Positive Orientation

٥- صحح المفاهيم الخاطئة لمرضاك Correct Misconceptions

٦- اضبط التوقعات السالبة لمرضاك Control Negative Expectations

٧- كف السلوك الخاص بالأفكار الانهزامية. Discourage self – defeating behavior

والتي تعبر عن يأس المرضى وشعورهم بالقنوط المصاحب للأزمات والمحن.

٨- ساعد المرضى بالتدريب على مقاومة مثل هذه الافكار والمعتقدات وتعامل بإيجابية مع سلوك إدانه الذات Self condemnative Behavior

٩- قدم اقتراحات جيده مناسبه Suitable Suggestions. وساعد الجماعة على تقديم اقتراحات نابعه من افرادها للتغلب على الازمه، مع تقديم بدائل واختيارات ذات مغزى Sound Alternatives

١٠- ارتقي بمستوى التعامل مع الحقيقه والواقع..Promote Dealing with Reality

١١- قدم ملاحظاتك التدعيميه باستخدام العبارات التدعيميه Supportive & Affirming Statements مثل

أ- لا توجد مشكلة بلا حل.

ب- نهاية العالم ليست غدا.

ج- المشكلة المشتركة نصف مشكلة.

د- الكلب الحي أفضل من الاسد الميت

هـ- أفضل لك أن تكون واثقاً عن أن تكون نادما

و- كل الظلام لا يستطيع أن يخفي ضوء شمعه واحده

ز- احلك الساعات هي ما قبل الفجر

ح إن مع العسر يسراً.

ط لا جدوى من البكاء على اللبن المسكوب

ي- لكل سحابة بطانة من فضه

ك- إن الله مع الصابرين

ل- كل نار مآلها رماد إلا الجحيم.

إلى غير ذلك من العبارات التدعيميه، والتوكيديه. والتي تهون على المرضى هوانهم وشعورهم بالتأسي.

١٢- علق تعليقا ايجابيا. وحاول أن تختتم على نغمة مرضيه من افراد جماعتك ويمكنك منح جماعتك واجبا منزليا يتدرب أفرادها فيه على ما تم عمله من مهارات في الجلسات السابقه.

١٣- قم بتقويم مرضاك في نهاية هذا المستوى، واعقد مقارنة فيما يتعلق بمستوى التحسن القائم، واتخذ تدابيرك وفقاً لذلك.

المستوى السادس : التدعيم الاجتماعي *Social Support*

ويتعلق هذا المستوى بالتدعيم الاجتماعي خاصة داخل الجماعة العلاجية، **وهو يحتوي على** (١١) **استراتيجية .. هي:**

١- لا تقوم بتدعيم مريض في الجماعة على حساب مريض آخر، أو على حساب الجماعة ذاتها.

٢- قم بتدريب الجماعة على كيفية تقديم العون والمساعدة والتدعيم لأفرادها.

٣- قم بمساعدة الجماعة على تفهم سلوكيات الأفراد داخلها، مع التدريب على مهارات التسامح، والتفهم، والتقبل، والتواصل، والمشاركة.

٤- تجنب التدعيم الأحادي في الجماعة **Avoid monopolized support through the group**.

٥- زد من تدعيم الرفاق بعضهم بعضاً **Peer Support**

٦- حاول أن تساعد الجماعة على زيادة التواصل **Communication** مع الأفراد ذوي القيمة العلاجية لأفرادها **Significant Others**

٧- حاول أن توزع جرعات التدعيم بالتساوي وبعدل بين أفراد الجماعة.

٨- اخلق جواً من التدعيم الجماعي المريح **Comfortable Supportive Atmosphere**.

٩- أكد أهمية إسهام كل فرد إلى الآخر في الجماعة.. **Emphasize Contribution**.

١٠- قدم كل العون لكل فرد في الجماعة.

١١- قم بتقويم جماعتك في نهاية هذا المستوى.. وسجل التقدم والتطور الملاحظ.

المستوى السابع: التدعيم الأسري *Family Support*

ويتعلق هذا المستوى بالاستفادة من خدمات الأسرة في تدعيم المرضى، **ويحتوي على عشر استراتيجيات هي:**

١- وفر الاتصالات الهاتفية بين الأسرة والمريض بعد تهيئة الأسرة لهذا الدور لتقديم التدعيم المناسب للمريض خاصة ان كان مودعاً أحد المؤسسات العلاجية الداخلية.

٢- دبر للأسرة فرصة زيارة المريض إن أمكن ذلك.

٣- تعرف على الشخصية الرئيسة Key Person في كل أسرة، واسأله العون في مساعدة المريض.

٤- ساعد الأسرة الخاصة بكل مريض على تعديل الاتجاهات السالبة نحوه خصوصاً في هذه الآونة.

٥- دبر للمريض أقرب زيارة لمنزله بنفسه بعد تهيئته، وتهيئة المنزل والموقف ككل.

٦- حث الأسرة على تقديم أقرب، وأسرع، وأدفأ جرعة من الود والمحبة والتعاطف مع المريض.

٧- قم بتدريب الأسرة على كيفية التدعيم المناسب في الوقت المناسب الآن وفي المستقبل.

٨- امنح المريض أجازة منزلية لعدة أيام، أو في عطلات الأسبوع ليقضيها مع أسرته ليستعيد نشاطه، وثقته بها.

٩- اقنع الأسرة وذكرها دائماً بأن الإحسان يبدأ من المنزل. Charity begins at home.

١٠- قم بتقويم مرضاك، وسجل التطور الملاحظ.

المستوى الثامن : نسق التدعيم المجتمعي: *Community Support System*

ويتعلق هذا المستوى بالاستفادة من نسق التدعيم داخل المجتمع الخارجي، **ويحتوي على ست استراتيجيات هي:**

١- وفر للمريض ولأفراد الجماعة ككل الإقامة الصحية في المستشفى، والرعاية الصحية المستمرة.

٢- ساعد مرضاك على اللجوء إلى المساجد ودور العبادة بصفة دائمة.

٣- عرف مرضاك على المراكز الحكومية لتقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية.

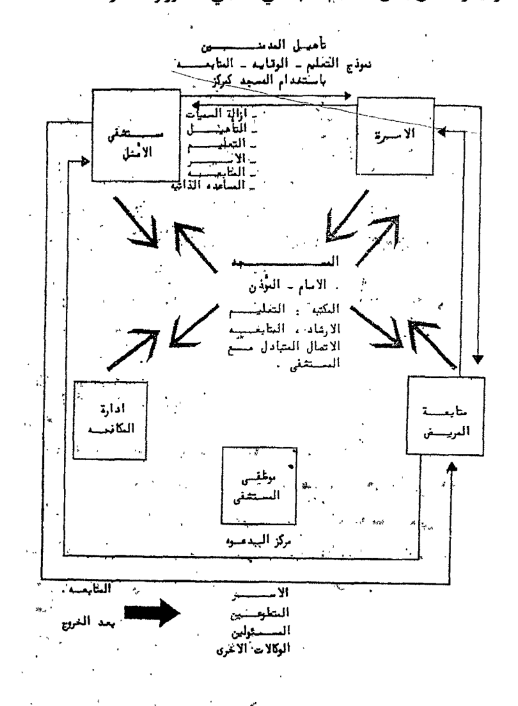
٤- عرف مرضاك على مراكز الدعوة والإرشاد الديني.

٥- ساعد مرضاك على ارتياد المكتبات، والنوادي الاجتماعية الإصلاحية، ومراكز التوظيف والعمالة، .. إلخ.

٦- عرف مرضاك على أقرب دور للتدعيم Supported Housing والتي تقدم خدمات نفسية وعلاجية واجتماعية لأصحاب الاضطرابات السلوكية، وللمرضى الذين يحتاجون إلى تدعيم نفسي.. حيث المحاضرات التعليمية، وتحديد المشكلات.

وتحديد المهام العلاجية، وتحديد الاستراتيجيات المتعلقة بمواجهة المشكلات.. والتخطيط للمستقبل.. إلخ. (Carling, 1993, P. 99-115, 137-150)

ويعرض الشكل التالي النموذج المقترح من مستشفى الأمل بجدة بالمملكة العربية السعودية والخاص بنسق التدعيم المجتمعي لمدمني الخمور والمخدرات.



شكل رقم (٦٧) يوضح نموذج مستشفى الأمل بجدة لشبكة التدعيم لمعتمدي العقاقير

المستوى التاسع: التدعيم الذاتي *Self- Support*

ويتعلق هذا المستوى بمساعدة الجماعة على تقديم التدعيم الذاتي، ويحتوي على استراتيجيات عشر هي:

١- أضف إلى خبرات الجماعة خبراتك الخاصة العلاجية المهمة والمفيدة لها.

٢- حافظ على عملية التوازن في تقديم التدعيم الذاتي.

٣- لا تقلل من قيمة جهود أفراد الجماعة.. بل استمر في التشجيع.

٤- ساعد جماعتك على التعلم والاستفادة من الأحداث الراهنة.

٥- ساعد كل مريض في الجماعة على إحراز التغير الإيجابي بنفسه.

٦- ساعد كل مريض في الجماعة على الاعتماد على نفسه، وتنمية تقديراته وإمكاناته.

٧- زد من قدرة كل مريض في الجماعة على مساعدة ذاته، وتدعيم نفسه.

٨- وفر تدريبات خاصة متعلقة بمهارات تدعيم الذات، والمهارات الاجتماعية للمواجهة والتأقلم الجيد السوي Self – Coping Skills Training

٩- لو أمكن أن تضع كل مريض في تجربة اختبارية، وموقف تجريبي لبيان مدى قدرته على المرور بسلام وتدعيم ذاته.. أفعل ذلك دون تردد.

١٠- قم بتقويم مرضاك عند نهاية هذا المستوى.. وقرر هل استفاد مرضاك من اجتياز المستويات السابقة أم لا ؟ حاول أن تكمل النقص، وسد أية ثغرة تشعر أنها مازالت مفتوحة تجنباً لأية عاقبة سيئة.

(Yalom, 1983, p. 124-144).
(Flores, 1988, P. 353-355)

المرحلة الرابعة:

وتتعلق بإتمام الاستبصار *Insight* والتقويم البعدي *Post-evaluation*.. وتستغرق جلسة واحدة وفيها يضع المعالج اللمسات الأخيرة التوكيدية على نجاح أفراد الجماعة في استيعاب مشكلاتهم وحلولها وقدراتهم على مواجهة مثيلاتها مستقبلية، وعلى نمو قدراتهم على التدعيم بكافة أنواعه وخاصة التدعيم الذاتي.. ويقوم المعالج بإعادة تطبيق بطارية المقاييس التي تم تطبيقها في البداية، وتسجيل الفروق والملاحظة.

المرحلة الخامسة

وتتعلق بالإنهاء *Termination* وتستغرق جلسة واحدة، والمتابعة *Follow Up* إن أمكن لبعض أفراد الجماعة الذين يرغبون في متابعة المعالج من حين لآخر وفقاً للسياسة البرنامج العلاجي الخاضع للمؤسسة العلاجية المعنية بالأمر.

المراجع

المراجع العربية

١ – حامد زهران، (١٩٧٨): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب (ط٢).

References

1- Agrawal, M. & Swartz, R., (2000): Acute renal failure, *American Family Physician,* 61 (7): 2077-2088.

2- Alexander, E. P. *et. al.,* (2001): Evolving management and outcome of esophageal cancer with airway involvement, *Ann. Thorac. Surgery,* 71(5): 1640-1644.

3- Alvarez, M. F., (1997): Using REBT and supportive psychotherapy with post-stroke patients, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy,* 15(3): 231-245.

4- American Psychiatric Association, (1989): Treatment of Psychiatric Disorders, Washington, A.P.A.

5- Andres, K., *et. al.,* (2000): Effects of a coping-oriented group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: A pilot study, *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 101(4): 318-322.

6- Ariyoshi, Y., (1999): Recent advances of supportive therapy for cancer patients, *Gan. To. Kagaku. Ryoho.*, 26 (1): 60-69.

7- Artigas, A., *et. al.,* (1998): The American-European consensus on ARDS: Pharmacologic, supportive therapy, study design strategies, a related to recovery and remodeling acute respiratory distress, *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine,* 157(4): 1332-1347.

8- Avery, M. L., (1989): Adult children of alcoholics, *Journal of Psychosomatic Nursing & Mental Health Services,* 27(8): 20-24.

9- Ayyub, M., *et. al.,* (2000): Usefulness of exchange transfusion in acute liver failure due to severe falciparum malaria, *American Journal of Gastroenterology,* 95(3): 802-804.

10- Azzarto, J., (1997): A young women's support group: Prevention of a different *Kind, Health & Social Work,* 22(4): 299-305.

11- Barber, J. G. & Grichting, W. L., (1990): Australia media camping against drug abuse *International Journal of The Addictions,* 25(6): 693-708.

12- Barber, J. P., *et. al.,* (1997): Change in obsessive compulsive and avoidant personality disorders following time limited supportive expressive therapy, *Psychotherapy,* 34(2): 133-143.

13- Barnet, B., *et. al.,* (1995): Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress and social support in adolescent mothers, *Pediatrics,* 96(4): 659-666.

14- Bauer, A. M., (1994): Supportive counseling for students recovering from substance abuse, *Paper Presented at The Annual Meeting of The National Association of School Psychologists*, (P.14).

15- Baum, J. G., (1988): Preventing relapse in obesity through posttreatment maintenance interventions: Comparing the relative efficacy of therapist-support and minimum-support in facilitating continued weight loss, *Dissertation Abstracts International*, 49 (10-B): 4526.

16- Baum, J. G., *et. al.*, (1991): Preventing relapse in obesity through posttreatment maintenance systems comparing the relative efficacy of two levels of therapist support, *Journal of Behavioral Medicine*, 14(3): 287-302.

17- Bienstock, C. R. & Videka, S. L., (1989): Process analysis of a therapeutic support group for single parent mothers: Implication for practice, *Social Work With Groups*, 12(2): 43-61.

18- Bilings, J. H., *et. al.*, (1996): The lifestyle heart trial: Comprehensive treatment and group support therapy, In: Allan, R., *et. al.* (Ed.): Heart & mind: The practice of cardiac psychology, Washington: American Psychological Association, (P. 233-253).

19- Birmaher, B., *et. al.*, (2000): Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder, *Archives of General Psychiatry*, 57(1): 29-36.

20- Blank, A., (1990): Coping with the problems of minor tranquillizer use in South Wales, *British Journal of Occupational Therapy*, 53 (6): 241-243.

21- Booth, B. M., *et. al.*, (1992): Social support and depression in men during alcoholism treatment, *Journal of Substance Abuse*, 4(1): 57-67. (A)

22- Booth, B. M., *et. al.*, (1992): Social support and outcome of alcoholism treatment: An exploratory analysis, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 18 (1): 87-101, (B).

23- Borkovec, T. D. & Castonguay, L. G., (1998): What is the scientific meaning of empirically supported therapy? , *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66(1): 136-142.

24- Boyd, F. N., (1991): Recurrent themes in the treatment of African-American women in group psychotherapy *Women & Therapy*, 11(2): 25-40.

25- Brennan, P. L., *et. al.*, (1993): Gender differences in the individual characteristics and life contexts of late-middle-aged and older problem drinkers, *Addiction*, 88(6): 781-790.

26- Brent, D. A., *et. al.*, (1997): A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family & supportive therapy, *Archives of General Psychiatry,* 54(9): 877-885.

27- Brent, D. A., *et. al.*, (1997): A clinical trial for adolescent depression: Predictors of additional treatment in the acute and follow up phases of the trial, *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 38(3): 263-270.

28- Briner, H. R., *et. al.*, (1999): Long-term results of surgery for temporal bone paragangliomas, *Laryngoscope.,* 109(4): 577-583.

29- Broatch, J. W., (1996): Obsessive- compulsive disorder: Adding value to treatment through patient support groups, *International Clinical Psychopharmacology,* 11(5): 89-94.

30- Brocker, M., *et. al.*, (1995): Initial assessment of hospital treatment by patients with paranoid schizophrenia, *Psychiatry Research,* 58(1): 77-81.

31- Brody, R., (1996): Becoming visible: An art therapy support group for isolated low-income lesbians, *Art Therapy,* 13(1): 20-30.

32- Bruch, M. A., *et. al.*, (1991): States of mind model and cognitive change in treated social phobias, *Cognitive Therapy & Research,* 15(6): 429-441.

33- Burnes, S., *et. al.*, (1992): Deaf culturally affirmative programming for children with emotional and behavioral problems, *Journal of the American Deafness & Rehabilitation Association,* 26(2): 12-17.

34- Burtcheidt, W., *et. al.*, (1999): Behavioral therapeutic methods in ambulatory treatment of alcoholism: Early results of an experimental study, *Fortschr. Neurol. Psychiatr.,* 67(6): 274-280.

35- Burtscheidt, W., *et. al.*, (2001): Out-patient behavior therapy in alcoholism: Relapse rates after 6 months, *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 103(1): 24-29.

36- Butler, D. J. & Beltran, L. R., (1993): Functions of an adult sickle cell group: Education, task orientation and support, *Health & Social Work,* 18(1): 49-56.

37- Capone, C. T., *et. al.*, (1992): A cognitive-existential analysis of counselor responses to HIV-positive substance misuses in an outpatient methadone program and a residential therapeutic community, *International Journal of Addiction*, 27(5): 587-611.

38- Carling, P. J., (1993): Supports & rehabilitation for housing & Community living, In: Flexer, R. W. & Solomon, P. L. (ED.): Psychiatric rehabilitation in practice, Boston: Andover Medical Publishers.

39- Carmody, T. P., (1992): Preventing relapse in the treatment of nicotine addiction: Current issues and future directions, *Journal of Psychoactive Drugs,* 24(2): 131-158.

40- Chambless, D. L. & Hollon, S. D., (1998): Defining empirically supported therapies, *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 66(1): 7-18.

41- Chang, J. K. & Krantz, M., (1996): Personal and environmental factors in relation to adjustment of offspring of alcoholics, *Substance Use & Misuse,* 31(10): 1401-1412.

42- Chiaramonte, J. A., (1992): And the war goes on, *Social Work,* 37(5): 469-470.

43- Chojnacki, J. T. & Gelberg, S., (1995): The facilitation of a gay, lesbian & bisexual support therapy group by heterosexual counselors, *Journal of Counseling & Development,* 73(3): 352-354.

44- Cody, P. J., (1988): The personal development of Gay Men: A study of the relationship of length of time "out of the closet" to locus of control, self-concept and self-actualization, *Dissertation Abstracts International,* 49(7-B): 2847.

45- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P., (2000): Predictors of treatment outcome in sexually abused children, *Child Abuse & Neglect,* 24(7): 983-994.

46- Corral, C. & Pascual, M., (1992): International against tobacco dependence in primary care: A study of 4 modalities of action, *Atencion Primaria,* 9(6): 287-292.

47- Cottraux, J., *et. al.,* (2000): Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: A randomized controlled trial, *Psychotherapy & Psychasomatics,* 69(3): 137-146.

48- Coward, D. D., (1998): Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group, *Oncol. Nursing Forum.,* 25(1): 75-84.

49- Crists, C. P., *et. al.,* (1999): Psychosocial treatments for cocaine dependence: National institute on drug abuse collaborative cocaine treatment study, *Archives of General Psychiatry,* 56(6): 493-502.

50- Curry, J. F., (2001): Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression, *Biological Psychiatry,* 49(12): 1091-1100.

51- Dagher, L., *et. al.,* (2000): Review article: Pharmacological treatment of the hepatorenal syndrome in cirrhotic patients, *Aliment. Pharmacological Therapy,* 14(5): 515-521.

52- Davis, T. M., *et. al.,* (2000): Pharmacokinetics of retinal palmitate and retinol after intramuscular retinyl palmitate

administration in severe malaria, *Clinical Science,* 99(5): 433-441.

53- Del-Mastro, L., *et. al.,* (1999): Chemotherapy of non-small-cell lung cancer: Role of erythropoietin in the management of anemia, *Annuals of Oncology,* 10(5): 91-94.

54- Delpo, E. G. & Koontz, M. A., (1991): Group therapy with mothers of incest victims: Therapeutic strategies, recurrent themes, interventions and outcomes, *Archives of Psychiatric Nursing,* 5(2): 70-75.

55- Devereux, J. R., (1990): Pre/ Post treatment functioning of poly drug abusers, *Dissertation Abstracts International,* 29 (2): 228.

56- Diamond, G. & Siqueland, L., (2001): Current status of family intervention science, *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* 10(3): 641-661.

57- Domaniecki, J. & Stec, M., (1999): Clinical application of photo-dynamic method to the treatment of malignancies, *Wiad. Lek.,* 52(1-2): 4-10.

58- Dubey, S. N., (1993): A study of life stress and social support of drug addicts, *Indian Journal of Clinical Psychology,* 20(1): 21-24.

59- Eckert, J., *et. al.,* (2000): Long-term changes in borderline symptoms of patients after client-centered group psychotherapy, *Psychotherapy & Psychosomatics,* 50(3-4): 140-146.

60- Ellis, A., (2000): A critique of the theoretical contributions of non-directive therapy (1948), *Journal. of Clinical Psychology,* 56(7): 897-905.

61- Espina, E. A., *et. al.,* (1994): A correlational study among dyadic adjustment, social support, anxiety & depression in couples with normal sons and sons with psychopathological disorders: Drug abuse & Schizophrenia, *Psiquis Revista De Psiquiatria, Psicologia Psicasomatica,* 15(8): 37-45.

62- Evans, E., (1990): Who is the client? The community occupational therapy support to elderly dementia patients and their careers in West Dourest, *British Journal of Occupational Therapy,* 53(7): 280-284.

63- Facchini, T., (1996): Advances in supportive therapy, *Zentralbl-Gynakol.,* 118(10): 589-590.

64- Fayad, M., *et. al.,* (2000): Fatality from hepatitis A in a child taking valproate, *Journal of Child Neurology,* 15(2): 135-136.

65- Fine, S., *et. al.,*(1991): Group therapy for adolescent depressive disorder: A comparison of social skills and therapeutic support, *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 30(1): 79-85.

66- Flores, P. J., (1988): Group psychotherapy with addicted population, New York: The Haworth Press.

67- Fobair, P., (1997): Cancer support groups and group therapies, *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(1): 43-81.

68- Front, A. L., (1994): Prediction of continued participation in aftercare and self-help support groups following primary treatment for substance abuse, *Dissertation Abstracts International,* 56 (4-B): 2323.

69- Fujii, C., (2000): Antidotes for poisoning and medication overdosage, *Nippon. Geka. Gakkai. Zasshi.,* 101(11): 794-798.

70- Gabaldon, O., *et. al.,* (1993): Affectivity, social support, repression, alexithymia and support groups, *Bulletin De Psicologia Spain,* 41: 31-55.

71- Gabriel, M. A., (1993): The co therapy relationship: Special issues and problem in AIDS therapy groups, *Groups,* 17 (1): 33-42.

72- Galanter, M., (1993): Network therapy for addiction: A model for office practice, *American Journal of Psychiatry,* 150 (1): 28-36.

73- Garner, D. M., *et. al.,* (1993): Comparison of cognitive behavioral and supportive expressive therapy for bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry,* 150 (1): 37-46.

74- Goblet, V. V., (1993): The house of mbombo: A therapeutic ritual for high risk children in rural Zaire, *Social Science & Medicine,* 37 (2): 241-252.

75- Goehl, R., (1992): The impact of social networks on substance abuse treatment, *Dissertation Abstracts International,* 54 (5-B): 2751.

76- Goldwasser, A. N., *et. al.,* (1987): Cognitive, affective and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly, *International Journal of Aging & Human Development,* 25 (3): 209-222.

77- Gooddkin, K., *et. al.,*(1997): A research derived bereavement support group technique for HIV infected, *Omega: Journal of Death & Dying,* 34 (4): 279-300.

78- Gray, J., (1990): Scarrel road project: Working together to fight addiction, *Nurs. Stand.,* 4 (48): 20-21.

79- Hamilton, J., *et. al.,* (2000): A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia, *Gastroenterology,* 119 (3): 661-669.

80- Hantson, P., *et. al.,* (1999): Smoke poisoning, *Presse. Medicine,* 28 (35): 1949-1954.

81- Hathaway, S. R., (2000): Some considerations relative to non-directive counseling as therapy (1948): *Journal of Clinical Psychology,* 56 (7): 853-859.

82- Havassy, B. E., *et. al.,* (1995): Social relationship and abstinence from cocaine in an American treatment sample, *Addiction,* 40 (5): 699-710.

83- Heckmann, J. G., *et. al.,* (1999): Neurological manifestations of chronic hepatitis C, *Journal of Neurology,* 246 (6): 486-491.

84- Heinala, P., *et. al.,* (2001): Targeted use of naltrexone without prior detoxification in the treatment of alcohol dependence: A factorial double-blind.• Placebo-controlled trial, *Journal of Clinical Psychopharmacology,* 21 (3): 287-292.

85- Hellerstein, D. J., *et. al.,* (1994): Supportive therapy as the treatment model of choice, *Journal of Psychotherapy Practice & Research,* 3 (4): 300-306.

86- Herz, M. I., *et. al.,* (2000): A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled study, *Archives of General Psychiatry,* 57 (3): 277-283.

87- Hill, C. E. & Nakayama, E. Y., (2000): Client-centered therapy: Where has it been and where is it going? A comment on Hathaway (1948), *Journal of Clinical Psychology,* 56 (7): 861-875.

88- Hoffman, U., *et. al.,* (2001): Severe intoxication with the veterinary tranquilizer xylazine in humans, *Journal of Anal. Toxicology,* 25 (4): 245-249.

89- Hollenberg, S. M., (2001): Cardiogenic shock, *Critical Care Clinics,* 17 (2): 391-410.

90- Holley, S., (1989): Social support, self-esteem and copying in adult daughters of alcoholic parents, *Dissertation Abstracts International,* 51 (3-B): 1499.

91- Hungate, J. H., (1986): Effects of goal attainment scaling on therapist behavior and client outcome in emotionally disturbed children in-group homes, *Dissertation Abstracts International,* 47 (4-A): 1511.

92- I.A.S.P. Executive Committee, (1999): I.A.S.P. guidelines for suicide prevention, *Crisis,* 20 (4): 155-163.

93- Jaffe, A. J., *et. al.,* (1996): Naltrexone, relapse prevention and supportive therapy with alcoholics: An analysis of patient treatment matching, *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 64 (5): 1044-1053.

94- Jander, S., *et. al.,* (2000): Plasmapheresis in the treatment of amanita phalloides poisoning: A review and recommendations, *Ther. Apher.,* 4 (4): 308-312.

95- Jerng, J. S., *et. al.,* (2000): Clinical spectrum of acute respiratory distress syndrome in a tertiary referral hospital: Etiology, severity, clinical course and hospital outcome, *Journal of Formas. Medical Association,* 99 (7): 538-543.

96- Karjanis, S. M., (1989): Effectiveness of ego supportive therapy on the self-esteem of adult children of alcoholics (Alcoholism), *Dissertation Abstracts International,* 28 (2): 237.

97- Karpman, B., (2000): The principles and methods of objective psychotherapy, (1949), *Journal of Clinical Psychology,* 56 (7): 877-887.

98- Keijsers, G. P., *et. al.,* (2000): The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: A review of empirical studies, *Behavioral Modification,* 24 (2): 264-297.

99- Keller, D. S., *et. al.,* (1997): Validation of a scale for network therapy: A technique for systematic use of peer and family support in addiction treatment, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse,* 23 (1): 115-127.

100- Kelly, J. A., *et. al.,* (1993): Outcome of cognitive behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV infected persons, *American Journal of Psychiatry,* 150 (11): 1679-1686.

101- Kemp, A., *et. al.,* (1995): Incidence and correlates of post-traumatic stress disorder in battered women: Shelter & community samples, *Journal of International Violence,* 10 (1): 43-55.

102- Kick, S. D., (1999): Evaluation and management of chronic alcohol abuse, *Hospital Practice,* 34 (4): 95-98.

103- Killick, S. B. & Marsh, J. C., (2000): A plastic anemia: Management, *Blood Review,* 14 (3): 157-171.

104- Klerman, G. L. & Weissman, M. M., (1993): The place of psychotherapy in the treatment of depression, In: Klerman, G. L. & Weissman, M. M.(Ed.),: New application of interpersonal psychotherapy, Washington: American Psychiatric Press, Inc.

105- Klingemann, K. H. & Eficonayi, M. D., (1994): How much treatment does a person need? Addiction, spontaneous remission and family as biographical as leitmotiv, *Schweiz. Rundsch. Med. Prax.,* 83 (34): 937-949.

106- Kolko, D. J., *et. al.,* (2000): Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation and moderation, *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 68 (4): 603-614.

107- Kraus, J., (1987): Social isolation, depression and ego supportive therapy with the mother of AIDS patients, *Dissertation Abstracts International,* 26 (1): 64.

108- Krietemeyer, B. C. & Heiney, S. P., (1992): Storytelling as a therapeutic technique in a group for school aged oncology patients, *Children Health Care,* 21 (1): 14-20.

109- Krusi, C. & Schellens, D., (1995): How high is up? An innovative manual for infusing tobacco, alcohol & other drugs education into middle school curriculum, Washington: Office of Elementary & Secondary Education, (P. 1-222).

110- Kubota, M., (2000): Zonisamide-induced urinary lithiasis in patients with intractable epilepsy, *Brain Dev.,* 22 (4): 230-233.

111- Labianca, R. & Poletti, P., (1998): 5-Fluorouracil and colorectal tumors: Use in clinical practice and the "MISURA" project, *Tumori.* 84 (6): 10-12.

112- Langenmayr, A. & Schottes, N., (2000): Psychotherapy with multiple-sclerosis patients, *Psychological Reports,* 86 (2): 495-508.

113- Lang, N., *et. al.,* (2000): Biological complications with dental implants: Their prevention, diagnosis and treatment note, *Clinical Oral Implants Resources,* 11 (1): 146-155.

114- La Rosa, J. C., *et. al.,* (1974): Experiences with a combination of group therapy and methadone maintenance in the treatment of heroin addiction, *International Journal of The Addictions,* 9 (4): 605-617.

115- Lesur, O., *et. al.,* (1999): Acute respiratory distress syndrome: 30 years later, *Canadian Respiration Journal,* 6 (1): 71-86.

116- Levy, J. A., *et. al.,* (1995): The outreach assisted peer support model for controlling drug dependency, *Journal of Drug Issues,* 25 (3): 507-529.

117- Lifrak, P. D., *et. al.,* (1997): Relationship of perceived competencies, perceived social support and gender to substance use in young adolescents, *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 36 (7): 933-940.

118- Li, S. P., *et. al.,* (2000): Renal failure and cholestatic jaundice as unusual complications of childhood pustular psoriasis, *British Journal of Dermatology,* 143 (6): 1292-1296.

119- Longabaugh, R., *et. al.,* (1993): The effect of social investment on treatment outcome, *Journal of Studies of Alcoholism,* 54 (4): 465-478.

120- Longabaugh, R., *et. al.,* (1994): Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder, *Alcoholism & Clinical Experimental Research,* 18 (4): 778-785.

121- Longabaugh, R., *et. al.*, (1995): Matching treatment focus to patient social investment and support: 18 Month follow up results, *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 63 (2): 296-307.

122- Longabaugh, R., *et. al.,* (1998): Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects, *Addiction,* 93 (9): 1313-1333.

123- Macallan, D. C., *et. al.,* (1999): Automated erythrocytapheresis in the treatment of severe falciparum malaria, *Journal of Infection,* 39 (3): 233-236.

124- Macallan, D. C., *et. al.,* (2000): Red cell exchange, erythrocytapheresis in the treatment of malaria with high parasitaemia in returning travelers, *Trans. R. Soc. Tropical Medical Hygien,* 94 (4): 353-356.

125- Maguire, P. J., *et. al.,* (2000): Bioartificial organ support for hepatitis, renal and hematological failure, *Critical Care Clinics,* 16 (4): 681-694.

126- Mark, D. & Faude, J., (1995): Supportive expressive therapy of cocaine abuse, In: Barber, J. P., *et. al.* (Ed.): Dynamic therapies for psychiatric disorders, New York: Basicbooks Inc., (P.294-331).

127- Martin, L., *et. al.,* (1991):; Multilevel group psychotherapy in an open psychiatry department, *Psychiatria Hungarica,* 6(3): 209-218, (A).

128- Martin, L., *et. al.,* (1991): Multilevel group psychotherapy in an open psychiatry department, *Psychiatria Hungarica,* 6(3): 219-229, (B).

129- Marttunen, M. J., *et. al.,* (1994): Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides, *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 33 (4): 490-497.

130- Massy, Z. A., *et. al.,* (1999): Dyslipidaemia and the progression of renal disease in chronic renal failure patients, *Nephrological Dial. Transplantation,* 14 (10): 2392-2397.

131- Mayers, A. & Spiegel, L., (1992): A parental support group in a pediatric AIDS clinic: Its usefulness and limitations, *Health & Social Work,* 17 (3): 183-191.

132- Mc Intosh, D., (1991): Supportive therapy: The other therapy, *Perspectives of Psychiatric Care,* 27 (4): 26-29.

133- Mc Namee, J. E., *et. al.,* (1995): A single mothers group for mothers of children attending an outpatient psychiatric clinic: Preliminary results, *Canadian Journal of Psychiatry,* 40 (7): 383-388.

134- Menghini, V.V. & Arora, A. S., (2001): Infliximab-associated reversible cholestatic liver disease, *Mayo. Clin. Proc.* 76 (1): 84-86.

135- Michaux, I., *et. al.,* (2000): Repetitive endoscopy and continuous alkaline gastric irrigation in a case of arsenic poisoning, *Journal of Toxicology & Clinical Toxicology,* 38 (5): 471-476.

136- Miles, F. K., *et. al.,* (1999): Accidental paracetamol overdosing and fulminant hepatic failure in children, *Medical Journal of Australia,* 171 (9): 472-475.

137- Misch, D. A., (2000): Basic strategies of dynamic supportive therapy, *Journal of Psychotherapy Practice.Research,* 9 (4): 173-189.

138- Moffat, L. E., (2001): Infectious mononucleosis, *Primary Care Update,* 8 (2): 73-77.

139- Montagnac, R., *et. al.,* (2000): Value of an end-stage renal failure registry: Experience of the champagne ardenne region, *Nephrologie,* 21 (8): 431-435.

140- Moxley, D. P., *et. al.,* (1993): Supported education, In: Flexer, R. W. & Solomon, P. L. (Ed.),: Psychiatric Rehabilitation in practice, Boston: Andover Medical Publishers.

141- Myers, M. G., *et. al.,* (1993): Coping as a predictor of adolescent substance abuse treatment outcome, *Journal of Substance Abuse,* 5 (1): 15-29.

142- Nao, T., *et. al.,* (1999): Toxic shock-like syndrome resembling phlegmasia cerulea dolens, *International Medicine,* 38 (9): 747-750.

143- N.I.D.A., (1979): Addicted women: Family dynamics, self-perceptions & support systems, Columbia, Special Report, (P. 1-37).

144- Ogrodniczuk, J. S., *et. al.,* (2001): Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy, *Journal of Psychotherapy Practice Resources,* 10 (2): 69-78.

145- Petty, T.L., (1998): Supportive therapy in COPD, *Chest,* 113 (4): 2565-2625.

146- Piacentini, J., (1999): Cognitive behavioral therapy of childhood OCD, *Child & Adobescent Psychiatric Clinics of North America,* 8(3): 599-616.

147- Piper, W.E., *et. al.,* (1999): Follow- Up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patients personality variables, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67 (2): 267-273.

148- Plomp, H.N., (1994): Addiction regulation index Amsterdam: An instrument to assess the degree of self support and problems of adolicts, *Tijdschrift Voor Alcohol, Drugs En Andere Psychotrope Stoffen*, 20 (3): 148- 159.

149- Pozzi, C., *et. al.*, (1999): Corticosteroids in IG A nephropathy: A randomized controlled trial, *Lancet*, 353 (9156): 883-887.

150- Ranson, M., *et. al.,* (2000): Randomized trial of Paclitaxel Plus supportive care versus supportive care for patients with advanced non versus cell lung cancer, *Journal of Natl. Cancer Institution*, 92 (13): 1074-1080.

151- Reardon, B., (1985): Psychological, social, biographic and behavioral predictors of male adolescent drug abuser's adaptation to a residential drug treatment program and of the outcome of their treatment, *Dissertation Abstracts International*, 46 (6-8): 2075.

152- Rector, N.A. & Beck, A.T., (2001): Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review, *Journal of Nervous & Mental Disorders*, 189 (5): 278-387.

153- Reddy, V.M., *et. al.,* (1999): Results of (102) cases of complete repair of congenital heart defects in patients weighing (700-2500) grams, *Journal of Thorac. Cardiovascular Surgery*, 117(2): 324-331.

154- Reddy, V.M & Hanley, F.L., (2000): Cardiac surgery in infants with very low birth weight, *Semin, Pediatric Surgery*, 9 (2): 91-95.

155- Reising, C.A., *et. al.*, (1999): Continuous dose furosemide as a therapeutic approach to acute respiratory distress syndrome, (ARDS), *Journal of Surgery Resources*, 82 (1): 56-60.

156- Richter, S.S., *et. al.*, (1991) : The impact of Social support and self – esteem on adolescent substance abuse treatment outcome, *Journal of Substance Abuse*, 3 (4): 371-385.

157- Ritter, J., *et. al.,* (1987): Special aspects of supportive therapy in childhood acute leukemia, *Hamatol Bluttransfus.*, 30: 182-187.

158- Rockland, L. H., (1989): Supportive therapy: A psychodynamic approach, New York: Basicbooks Inc., (A).

159- Rockland, L. H., (1989): Psychoanalytically oriented supportive therapy: Literature review and techniques, *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 17(3) : 451-462, (B).

160- Rockland, L. H., (1992): Supportive therapy for borderline patients: A psychodynamic approach, New York: Guilford Press.

161- Room, R., *et. al.,* (1996): Determinants of suggestions for alcohol treatment, *Addiction*, 91 (5): 643 – 655.

162- Rose, P. G., *et. al.*, (2000): Phase 1 Study of paclitaxel, carboplatin and increasing days of prolonged oral etoposide in ovarian, Peritoneal and tubal carcinoma: A Gynecologic oncology group study, *Journal of Clinical Oncology*, 18 (16) 2957-2962.

163- Rulin. A. *et. al.*, (1996): Gender differences in relapse situations, *Addiction*, 41 (1): 111 – 120.

164- Russell, M.A., *et. al.,* (1988): District Programme to reduce smoking: Can sustained intervention by general practitioners effect prevalence, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 42 (2): 111-115.

165- Russi, M., (1995): The effectiveness of a short - term residential treatment program in decreasing alcohol and drug abuse and homelessness, *Dissertation Abstracts International,* 56 (10-B): 5781.

166- Sassono. M.P. & Stone, C.L., (1975): Supportive psychotherapy: Thursday Afternoon clinic, In: Rosenbaum, C.P. & Beebe, J.E., (Ed.): Psychiatric treatments: Crisis, clinic, consultation, New York: McGraw- Hill Book Co.

167- Schmitter, E.M. *et. al.*, (1995): Memory redemption after severe closed head injury : Notebook training vr. supportive therapy, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63 (3): 484-489.

168- Schoenholtz, J., (1994): Selection of group intervention, In: Bernad, H.S. & Mackenzie, K.R., (Ed.): Basics of group psychotherapy, New York: The Guilford Press.

169- Schwartz, C. E. & Sendor, R.M., (1999): Helping others helps on self: Response shift effects in peer support, *Social Science & Medicine*, 48 (11): 1563-1575.

170- Shear, A. J. & Rastegar, A., (2000): Lactic acidosis in the setting of antiretroviral therapy for the acquired immunodeficiency syndrome: A Case report and review of the literature, *American Journal of Nephrology*. 20 (4): 332-338.

171- Shiffman, S., (1989): Tobacco "Chippers": Individual differences in tobacco dependence, *Psychopharmacology Berl.*, 97 (4): 539-547.

172- Siegel, L. I., (1987): Confrontation and support in group therapy in the residential treatment of severely disturbed adolescents, *Adolescence*, 22 (8) 681-690.

173- Simon, D., (1991): Symbiosis or support? The relationship of perceived family variables retention in drug abuse Treatment, *Dissertation Abstracts International,* 52 (4-B): 2314.

174- Sinclaire, J. D., (2001): Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism, *Alcohol & Alcoholism*, 36 (1): 2-10.

175- Sinniah, R. & Lye, W.C., (2001): Acute renal failure from hemoglobinuric and interstitial nephritis secondary to iodine and mefenamic acid, *Clinical Nephrology*, 55 (3): 254-258.

176- Smith, J. W. & Frawley, P. J., (1993): Treatment outcome of (600) chemically dependent patients treated in a multimodal inpatients program including aversion therapy and pentothal interviews, *Journal of Substance Abuse Treatment,* 10 (4): 359-369.

177- Spang, B.P. & Redding, J. M., (1988): Guidelines for Setting up support groups in the schools, Special Manual, Maine, (P. 1- 58).

178- Stanovic, J. K., *et. al.,* (2001): The effectiveness of risperidone on acute street symptoms in adult burn Patients: A preliminary retrospective pilot study, *Journal of Burn Care Rehabilitation,* 22 (3): 210-213.

179- Stein, D., *et. al.,* (2001): Predictors of parent – rated credibility in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression, *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 10 (1): 1-7.

180- Stoffels, H., (1986): The metamorphoses of the patient's relatives in the mirror of clinical psychiatry, *Zeitschrifr Fuer Klinische Psychologie, Psychopathologie Und Psychotherapie* 34 (2): 157-168.

181- Stoopas, J.W., (1994): The use Community – lased support to effect curriculum renewal in rural settings, Oregon: Special Manual, (P. 1-107).

182- Stopforth, B., (1986): Outpatients benzodiazepine with drawal and the occupational therapist, British *Journal of Occupational Therapy*, 49 (10) : 318-322.

183- Stowe, A., *et. al.,* (1993): Significant relationships and social supports of injecting drug users and their implications for *HIV/AIDS Services*, AIDS Care, 5(1): 23-33.

184- Strantz, I.H. & Welch, S.P., (1995): Postpartum woman in outpatient drug abuse treatment correlates of retention/ Completion, *Journal, of Psychoactive Drugs,* 27 (4): 357-373.

185- Talmadge, J.M., (1990): How can we best help other physicians?, *Text Medicine,* 86 (6) 45-55.

186- Taylor, J. & Jackson, B., (1990): Factors affecting alcohol consumption in black woman, *International Journal of Addiction*, 25 (11) : 1287-1300.

187- Testa, M., *et. al.*, (1992): The moderating impact of Social support following childhood sexual abuse, *Violence & Victims*, 7 (2): 173-186.

188- Teusch, L., *et. al.*, (2001): Conflict – centered individual therapy or integration of psychotherapy methods: Process of change in client – centered psychotherapy with and without behavioral exposure therapy in agoraphobia with panic disorder, *Nervenarzt*. 72 (1): 31-39.

189- Thapa, B.R., (1999): Management of chronic liver disease, *Indian Journal of Pediatrics*, 66 (1) 110-119.

190- Thase, M.E., *et. al.*, (2000): Is cognitive behavioral therapy Just a "nonspecific" intervention for depression? A retrospective comparison of consecutive cohorts treated with cognitive behavior therapy of supportive counseling and pill placebo, *Journal of Affective Disorders*, 57 (1-3)" 63-71.

191- Tsushima, V. G., (1995): The effects of rational emotive therapy & Supportive therapy on Correlates of adolescent depression, *Dissertation Abstracts International*, 56: 539:

192- Umeda, T., *et. al.*, (2000): Toxic shock Syndrome after suction lumpectomy, *Plastic Reconstructing Surgery*, 106(1) 204-207.

193- Umemoto, Y., *et.al.*,(1999):Emphysematous pyelonephritis Complicated with diabetes mellitus: A case report, *Hinyokika, Kiyo.*, 45 (7): 477-480.

194- Upsal, M.S., (1990):Volunteer peer support therapy for abusive and neglectful families, *Public Health Report*, 105 (1): 80-84.

195- Vanderslott, J., (1992): A Supportive therapy that undermines violence: Counseling to Prevents ward violence, *Professional Nurse*, 7 (7): 427-430.

196- Venkataramani. A. & Sorrell, M. F., (1999): Fulminate hepatic failure, *Current Treatment Options of Gastroenterology*, 2 (2): 91 – 96.

197- Vgontzas., A. N. & Kales, A., (1999): Sleep and its disorders, *Annual Review of Medicine*, 50: 387-400.

198- Vinik, A. I., (1999): Diabetic neuropathy: Pathogenesis and therapy *American Journal of Medicine*. 107 (2 – B): 17-26.

199- Weinberger, M. C., (1988): The comparative efficacy of stress inoculation Traning and supportive therapy in the treatment of psychological distress in males with AIDS related complex, *Dissertation Abstracts International*, 5 (3): 1127.

200- Wendt, W.R., (1990): Between Social and somatic disorders: The Promotion of health as part of general social work practice, *Social Science & Medicine*, 31 (1): 35-42.

201- Westreich, L., *et. al.,* (1997): Perceived social support and treatment retention on an inpatient addiction treatment unit, *American Journal of Addiction*, 6 (2) :144- 149.

202- Williams, P., *et. al.*, (1994): Drug using and nonusing woman: Potential for child abuse, child rearing attitudes, social support and affection for expected baby, *International Journal of The Addictions*, 29 (12): 1631-1643.

203- Winton, M.A., (1990): An evaluation of a support group for parents who have a sexually abused child, *Child Abuse & Neglect*, 14 (3): 397-405.

204- Wolberg, L. R., (1988): The technique of psychotherapy, Orlando: Grune & Stratton, (Part 1).

205- Wollersheim, J.P. & Wilson, G.L., (1991)): Group treatment of unipolar depression: A Comparison of Coping, supportive, Libliotherapy, and delayed treatment groups, *Professional Psychology: Research & Practice*, 22 (6): 496-502.

206- Wystanski, M., (2000): Patient – centered versus client – centered mental health care, *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (7): 670-671.

207- Yale, R., (1989): Support groups for newly diagnosed Alzheimer's client, *Clinical Gerontologist*, 8 (3) : 86- 89.

208- Yalom, I.D., (1983): Inpatient group psychotherapy, New York : Basic Books, Inc., Publishers.

209- Zelvys, R., (1991): Letter from Lithuania: Some aspects of Psychological help using group methods, *Journal of Child & Adolescent Group Therapy*, 1 (4): 275-278.


ديناميات الجماعة المرضية
الأستاذ الدكتور
مدحت عبد الحميد أبوزيد
أستاذ علم النفس
كلية الآداب - جامعة الاسكندرية
معالج نفسي مرخص


دار المعرفة الجامعية
طبع نشر توزيع